

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 сестринского дела

**ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Иванушкиной Кристины Олеговны**

Научный руководитель:
преподаватель
Коровянская С.И.

Рецензент: главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Борисовская ЦРБ»
Климова Е.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	6
1.1. Классификация, этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности	6
1.2. Клиника хронической сердечной недостаточности	10
1.3. Лечение и сестринский уход при хронической сердечной недостаточности	13
1.4. Профилактика сердечной недостаточности.....	18
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....	21
2.1. Анализ статистических данных заболеваемости хронической сердечной недостаточностью в Белгородской области	21
2.2. Анализ анкетных данных пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью.....	22
2.3. Практические рекомендации пациентам с хронической сердечной недостаточностью	33
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Сердечно-сосудистые заболевания занимают первое место среди населения экономически развитых стран. Они по-прежнему являются основной причиной инвалидности и смертности. Если раньше они были связаны со старостью, то даже люди среднего возраста теперь знакомы с болью в области сердца, нарушением ритма сердца и таблетками от приступов стенокардии.

В сердечно-сосудистой системе могут образовываться много заболеваний. Некоторые из них - это преимущественно болезни сердца, другие - в основном артерий или вен, а некоторые могут поражать всю сердечно-сосудистую систему. Наиболее распространенные заболевания, такие как ишемическая болезнь сердца и артериальная гипертензия, являются истоком хронической сердечной недостаточности.

Хроническая сердечная недостаточность - это синдром, который возникает, когда у человека наблюдается систолическая и / или диастолическая дисфункция с хронической гиперактивностью нейрогормональной системы. Клиническими проявлениями являются одышка, слабость, сердцебиение, ограниченная физическая активность и патологическая задержка жидкости в организме.

Другими словами, хроническая сердечная недостаточность является патологическим состоянием, которое включает в себя неспособность транспортировать определенное количество крови, необходимое для системы кровообращения для обеспечения нормальной функции органов и тканей.

Уровень смертности населения России является одним из самых высоких показателей среди европейских стран. Поэтому, лучше проводить профилактику хронической сердечной недостаточности, чем в дальнейшем лечить сам недуг.

Цель исследования: исследовать значение сестринской деятельности в решении проблем пациентов с хронической сердечной недостаточностью и

разработать системный подход к наблюдению за пациентами с хронической сердечной недостаточностью.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ литературы и периодических изданий по теме работы.

2. Определить профессиональные и общие компетенции медицинской сестры в организации и проведении лечебно-реабилитационной и профилактической помощи пациентам с хронической сердечной недостаточностью.

3. Провести анализ статистических данных распространённости хронической сердечной недостаточностью среди пациентов ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

4. Провести социологическое исследование проблем пациентов с хронической сердечной недостаточностью в ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», на основании которого разработать программу сестринских компетенций лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пациентам.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ;
- статистические;
- социологические – анкетирование.

Объект исследования – пациенты ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», кардиологического отделения.

Предмет исследования – профессиональная деятельность медицинской сестры в организации и проведении сестринской помощи у больных с хронической сердечной недостаточностью.

База исследования - ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Время исследования – 2018-2019 гг.

Структура выпускной квалификационной работы: состоит из 43 страниц.

Работа состоит из введения, где обозначена актуальность проблемы на современном этапе.

Теоретическая часть представляет обзор современной литературы по сестринской деятельности в решении проблем пациентов с хронической сердечной недостаточности.

Вторая глава представлена анализом статистических данных заболеваемости населения, также материалами собственного исследования, где проведен анализ анкетных данных, даны практические рекомендации.

Заключение содержит общие выводы по двум главам.

Также имеется список использованных источников и литературы.

В конце дипломной работы размещены 2 приложения.

Кроме этого работа дополнена 1 таблицей и 11 рисунками.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Хроническая сердечная недостаточность – это заболевание, которому необходим комплексный подход при лечении, то есть не только медикаментозно воздействовать на причину заболевания, но и планировать уход, для предупреждения осложнений, профилактики дальнейшего развития хронической сердечной недостаточности. Эта роль и принадлежит медицинской сестре, составлять план сестринского ухода, также медсестра обучает пациента основным правилам, которые будут необходимы пациенту с данным диагнозом.

1.1. Классификация, этиология и патогенез хронической сердечной недостаточности

В зависимости от сердечной недостаточности и распространенности застойных явлений в малом и большом кругах кровообращения выделяют лево-желудочковую и право-желудочковую недостаточность.

Сердечная недостаточность левого желудочка проявляется в виде застойных явлений в легких (одышка, ночной кашель и приступы астмы) и чаще встречается у пациентов с ишемической болезнью сердца, гипертонией, дефектами митрального и аортального клапанов. Когда пациент сидит (сидит и дышит) и появляется или увеличивается в горизонтальном положении, кашель и одышка уменьшаются из-за увеличения количества циркулирующей крови из вен конечностей и усиления застоя в легких.

Ухудшение сердечной недостаточности левого желудочка (декомпенсация) может проявляться возникновением сердечной астмы или развитием отека легких, наиболее распространенным из которых является инфаркт миокарда, гиперосмолярный и сердечный ритм. В случае сердечной

астмы возникает кашель, увеличивается и усиливается одышка, а в нижней части легких слышны влажные хрипы; пациент вынужден сидеть.

Отек легких характеризуется быстрым нарастанием кашля и одышкой; большое количество пенистой розовой мокроты, пузырящийся запах и большое количество влажного голоса по всей поверхности легких.

Правожелудочковая сердечная недостаточность характеризуется выраженным венозным застоем системного кровообращения, геморроем, отеком яремной вены, отеком ног, болью в правых ребрах, расширением печени, асцитом, выпотом в плевральную полость и перикард. Причины - хроническая болезнь сердца, рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии, пневмоторакс, редко - инфаркт правого желудочка; сопровождается заметным снижением артериального давления, набуханием яремной вены, быстрым ростом печени, болью в правом ребре, тошнотой, рвотой и вздутием живота.

Общая хроническая сердечная недостаточность была выявлена в основной группе больных, наблюдаемых в медицинских учреждениях. Он характеризуется дисфункцией левого желудочка и признаками дисфункции правого желудочка (чаще - на конечных стадиях заболевания), необратимыми изменениями в органах-мишенях (печени, легких, почках) и рефрактерности лечения. Установлено, что систолическая и диастолическая хроническая сердечная недостаточность вызваны нарушением сократимости миокарда и левого желудочка [7].

В настоящее время функциональная классификация Нью-Йоркской кардиологической ассоциации, рекомендованная Международным и Европейским обществом кардиологов, используется во всех странах мира. Принцип состоит в том, чтобы оценить физические (функциональные) способности пациента, и врачи и медсестры могут определять при записи и осмотре пациента без необходимости сложных диагностических методов.

В классификации хронической сердечной недостаточности выделяют три стадии.

Первая стадия - начальная или скрытая недостаточность, проявляется в виде одышки и сердцебиения только при значительной физической нагрузке, ранее не вызывавшей её. В покое гемодинамика и функции органов не нарушены, трудоспособность несколько понижена.

Вторая стадия - выраженная, длительная недостаточность кровообращения, нарушение гемодинамики (застой в малом круге кровообращения) при незначительной физической нагрузке, иногда в покое. В этой стадии выделяют 2 периода: период А и период Б.

Стадия два А - одышка и сердцебиение при умеренной физической нагрузке. Нерезкий цианоз. Как правило, недостаточность кровообращения преимущественно по малому кругу кровообращения: периодический сухой кашель, иногда кровохарканье, проявления застоя в лёгких, сердцебиение, перебои в области сердца. В этой стадии наблюдаются начальные проявления застоя и в большом круге кровообращения (небольшие отеки на стопах и голени, незначительное увеличение печени). К утру эти явления уменьшаются. Резко снижается трудоспособность.

Стадия два Б - одышка в покое. Вся объективная симптоматика сердечной недостаточности резко усиливается: выраженный цианоз, застойные изменения в лёгких, длительные ноющие боли, перебои в области сердца, сердцебиение; присоединяются признаки недостаточности кровообращения по большому кругу кровообращения, постоянные отеки нижних конечностей и туловища, увеличенная плотная печень (кардиальный цирроз печени), гидроторакс, асцит, тяжёлая олигурия. Больные нетрудоспособны.

Третья стадия - конечная, дистрофическая стадия недостаточности кроме нарушения гемодинамики, развиваются морфологически необратимые изменения в органах (диффузный пневмосклероз, цирроз печени, застойная почка и др.). Нарушается обмен веществ, развивается истощение больных. Лечение неэффективно.

Так же непосредственно, выделено четыре функциональных класса хронической сердечной недостаточности:

Первый функциональный класс. Больной не испытывает ограничений в физической активности. Обычные нагрузки не провоцируют возникновения слабости (дурноты), сердцебиения, одышки или ангинозных болей.

Второй функциональный класс. Умеренное ограничение физических нагрузок. Больной комфортно чувствует себя в состоянии покоя, но выполнение обычных физических нагрузок вызывает слабость (дурноту), сердцебиение, одышку или ангинозные боли.

Третий функциональный класс. Выраженное ограничение физических нагрузок. Больной чувствует себя комфортно только в состоянии покоя, но меньшие, чем обычно, физические нагрузки приводят к развитию слабости (дурноты), сердцебиения, одышки или ангинозных болей.

Четвертый функциональный класс. Неспособность выполнять какие-либо нагрузки без появления дискомфорта. Симптомы сердечной недостаточности или синдром стенокардии могут проявляться в покое. При выполнении минимальной нагрузки нарастает дискомфорт.

В последние годы получены новые данные по патогенезу хронической сердечной недостаточности. В России недооценивается значение гипертонического сердца и алкогольного поражения миокарда в развитии сердечной недостаточности. Многие больные не признают, что они длительно злоупотребляют алкоголем, поэтому у них часто диагностируют другие заболевания. В этиологии хронической сердечной недостаточности остается высокая роль пороков сердца и поражений миокарда различной природы [8].

Выделяют различные факторы, которые способствуют возникновению и нарастанию сердечной недостаточности:

Аритмии, прежде всего мерцательная тахикардия, приводят к нарушению функции сердца в результате увеличения частоты сердечных сокращений или реже ее снижения (например, при полной поперечной блокаде).

Тромбоэмболии легочной артерии приводят к повышению нагрузки на правый желудочек и сопровождаются тахикардией, лихорадкой.

Острые инфекционные заболевания, в том числе респираторные вирусные инфекции, изменяют метаболизм и повышают гемодинамическую нагрузку на сердце.

Гиперкинетическое кровообращение наблюдается при беременности, анемии, гипертиреозе и др. и может вызвать развитие сердечной недостаточности при наличии любого заболевания сердца.

1.2. Клиника хронической сердечной недостаточности

При сборе анамнеза у пациентов медсестры могут выявить наиболее частые и распространенные жалобы пациентов с хронической сердечной недостаточностью, такие как усталость, одышка, сердцебиение, периферические отеки, ночной кашель, ортопноэ, никтурия и боль в правом подреберье.

Одышка - основной симптом сердечной недостаточности, связанный со стазом, то есть застоем крови в легких. Первоначально одышка возникает только во время физической активности и исчезает во время отдыха. Следует помнить, что одышка во время физической активности возникает в хорошо тренированном, здоровом сердце. Поэтому необходимо уделять внимание снижению толерантности к физической нагрузке, возникновению одышки или отсутствию ощущения воздуха, а также гораздо меньшей физической силе, чем раньше. Основой одышки являются компоненты газа в крови, изменения в гипоксемии и снижение растяжимости легких, связанные с застоем крови и интерстициальным отеком, а также необходимость повышения функции дыхательных мышц. Одышка в покое обычно сопровождается тахипноэ.

Ортопноэ - облегчение дыхания в положении с приподнятым изголовьем или сидя. В этом положении приток венозной крови к правому сердцу уменьшается, что приводит к снижению легочного капиллярного давления.

Ортопноэ уменьшается с увеличением правожелудочковой недостаточности и застоем крови в системном кровообращении.

Сердечная астма характеризуется одышкой, удушьем или одышкой и является проявлением острой недостаточности левого желудочка. В связи с быстрым увеличением застоя крови в малом круге кровообращения, приступ сердечной астмы обычно возникает ночью. Помимо одышки и удушья, появляется кашель с мокротой, при аускультации наблюдается затрудненное дыхание, а затем появляется влажный хрип. Поскольку жидкая часть крови переносится из сосудистого русла и интерстициальной ткани в дыхательные пути, отек легких может осложнить начало сердечной астмы. В связи со снижением чувствительности дыхательного центра к изменениям газового состава крови и снижением сократительной функции миокарда вентиляция во время сна снижается, что способствует развитию сердечной астмы. Кроме того, в горизонтальном положении пациента кровь покидает резервуар по мере увеличения количества циркулирующей крови [2, с.8].

Синусовая тахикардия является характерным симптомом сердечной недостаточности. Первоначально это адаптивный ответ, который усиливает кровообращение во время упражнений, но длится дольше, чем здоровые люди в состоянии покоя. Позже тахикардия становится более устойчивой. Давление пульса может быть уменьшено, чтобы отразить уменьшение ударного объема. Иногда диастолическое артериальное давление повышается из-за обширной вазоконстрикции и отражения протяженного порта полых вен. Склонность к синусовой тахикардии, особенно предсердная тахиаритмия и артериальная гипотензия, являются неблагоприятными прогностическими сигналами у пациентов с сердечной недостаточностью.

Периферические отеки на начальной стадии хронической сердечной недостаточности проявляются в конце дня у стоп и голеностопных суставов и распространяется отек выше, по коленям и к ягодицам по мере увеличения нагрузок. У пациентов, которые находятся в постельном режиме, отек обычно возникает в области голени.

Одно из ранних проявлений недостаточности, на которые должна обратить внимание медсестра - никтурия - мочеиспускание ночью с преобладанием ночного диуреза над дневным.

Навыки с объективными исследованиями помогут выявить пациентов.

На момент обследования: пурпура, акроцианоз, иктеричность склеры, отек яремной вены, затрудненное дыхание и тяжелое дыхание, сопровождающееся периодом прекращения (апноэ), отек при одышке; Перкуссия сердца - увеличивается левая и / или правая границы; Аускультация сердца - скачущий ритм (тройной ритм); При легочной перкуссии - звук легких укорочен или абсолютно медленный из-за задержки жидкости (отек кишечника или выпот в плевральной полости) (чаще - в нижней части легких); Пальпация живота - увеличение печени и наличие внутрибрюшной жидкости (асцит).

Медсестры, занимающиеся диагностикой и лечением сердечных заболеваний, должны хорошо разбираться в опухшей яремной вене.

При осмотре опухшей яремной вены пациент должен поднять голову (угол 45 °), чтобы лечь на кровать. Определите максимальную точку пульсации яремной вены и проведите воображаемую параллельную линию от угла грудины, который является точкой максимальной пульсации. Высота пульса, превышающая 4-5 см, считается выше нормы [5, с. 27].

Лабораторные и инструментальные исследования:

Общий и биохимический анализ крови (измерение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов, концентрации электролитов в плазме (К и Na), креатинина, глюкозы, ферментов печени), анализ мочи, определение функции щитовидной железы;

ЭКГ должна проводиться у всех пациентов с подозрением на хроническую сердечную недостаточность и должна быть на 12 отведениях, ежедневный (холтеровский) мониторинг ЭКГ значительно расширяет диагностические возможности метода при хронической сердечной недостаточности, особенно нарушениях ритма и проводимости;

Эхокардиография является надежным, неинвазивным методом для всех пациентов для диагностики сердечных и макрососудистых заболеваний, вызывающих развитие хронической сердечной недостаточности, наиболее важным гемодинамическим показателем эхокардиографии является фракция выброса левого желудочка, отражающий сократительную способность миокарда. Нормальный уровень 45%. Данное определение позволяет отличать пациентов с систолической хронической сердечной недостаточности от пациентов с систолической ретенцией, то есть пациентов с диастолической хронической сердечной недостаточности, которые определяют стратегию медикаментозного лечения;

Рентгенография грудной клетки показывает характерные признаки хронической сердечной недостаточности увеличение сердца и застойную легочную вену, оценку венозного застоя и его динамики во время лечения, чтобы охарактеризовать тяжесть заболевания и эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий, также медсестер принимать участие в нем;

Проводите тесты с дозированной физической нагрузкой для оценки функциональных классов хронической сердечной недостаточности, уровня риска, а не для диагностики хронической сердечной недостаточности у пациентов могут быть разные варианты стресс-теста: 6 минут ходьбы, велосипедный динамометр, беговая дорожка, включая анализ компонентов газа крови.

1.3. Лечение и сестринский уход при хронической сердечной недостаточности

При хронической сердечной недостаточности больной должен соблюдать диету. Она должна быть довольно калорийной, но при этом легкоусвояемой, содержать много белка и витаминов. Следует ограничить потребление соли и воды, поскольку они способствуют появлению отеков и повышению артериального давления. Хорошей привычкой для больного хронической

сердечной недостаточности станет регулярное взвешивание, поскольку это позволит вовремя заметить скопившуюся в организме лишнюю жидкость.

Кроме этого, не следует недооценивать физические нагрузки. Гиподинамия плохо сказывается на любом человеке, а при хронической сердечной недостаточности она тем более опасна. Физическая нагрузка должна подбираться индивидуально, в зависимости от основного заболевания и общего состояния организма. Следует отдать предпочтение ходьбе или легкому бегу, много гулять на свежем воздухе. Пациентам с хронической сердечной недостаточности не рекомендуется длительное время находиться в жарком влажном климате [6, с.120].

При легком течении болезни и под врачебным контролем возможно лечение сердечной недостаточности и народными средствами, однако при возникновении каких-либо ухудшений состояния здоровья следует немедленно обращаться к врачу для своевременной диагностики и корректировки лечения.

Принципы лекарственной терапии при хронической сердечной недостаточности

Необходимо обнаружить основное заболевание, которое привело к постепенному ухудшению сократимости миокарда и развитию сердечной недостаточности. Правильное лечение основного заболевания существенно улучшит прогноз для пациента;

По возможности необходимо устранить те факторы, которые могут поспособствовать появлению приступа острой сердечной недостаточности;

Лечение самой сердечной недостаточности: уменьшение застоя крови и увеличение сердечного выброса. Устранение этих двух факторов улучшит кровоснабжение внутренних органов и устранит симптомы недостатка кислорода.

Медсестра контролирует соблюдение больным назначенного врачом лечения, так как низкие дозы лекарственных препаратов могут привести к декомпенсации сердечной деятельности, а высокие - к осложнениям. Для лечения хронической сердечной недостаточности применяются определенные

группы лекарственных средств. Принимать их можно и дома, при неосложненном течении необязательно ложиться в стационар, однако все равно следует обратиться к врачу. Он проведет необходимую диагностику, подберет правильные препараты и расскажет, как лечить сердечную недостаточность в домашних условиях.

Все лекарственные препараты для лечения хронической сердечной недостаточности принято делить на три группы:

Основные средства – эффективность этих препаратов доказана и рекомендована во всех странах мира.

Дополнительные средства – их назначают по показаниям.

Вспомогательные средства – их эффективность не является стопроцентно доказанной при хронической сердечной недостаточности, но в зависимости от определенной ситуации назначение этой группы может быть оправдано.

Рассмотрим подробнее каждую группу.

Основные средства: ингибиторы АПФ (Каптоприл, Эналаприл), антагонисты рецепторов к ангиотензину, бета-адреноблокаторы (Карведилол, Бисопролол, Метопролол).

Ингибиторы АПФ (Каптоприл, Эналаприл) – эти препараты должны назначаться всем пациентам вне зависимости от стадии, степени выраженности, этиологии, формы и других показателей. Они замедляют течение заболевания, защищают внутренние органы, снижают артериальное давление. При их применении могут возникать такие нежелательные эффекты, как сухой кашель, сильное снижение артериального давления, ухудшение состояния почек. Чтобы избежать этого, необходимо начинать лечение с небольших дозировок, постепенно увеличивая до необходимых цифр, не принимать одновременно ингибиторы АПФ и вазодилататоры, а также перед назначением не принимать большие дозы мочегонных препаратов.

Антагонисты рецепторов к ангиотензину – чаще всего их назначают, если у пациента наблюдается непереносимость ингибиторов АПФ либо же на них развились побочные действия.

Бета-адреноблокаторы (Карведилол, Бисопролол, Метопролол) – обычно их назначают в дополнение к ингибиторам АФП. Они снижают частоту сердечных сокращений, обладают антиаритмическим эффектом. Начинают их прием также с минимальных доз, постепенно увеличивая. Одновременно желательно увеличить дозы мочегонных препаратов, так как из-за снижения ЧСС могут ухудшиться симптомы сердечной недостаточности.

Необходимо разъяснить больному и его родственникам опасность резкого прекращения приема Бета -адреноблокаторов - это может привести к развитию синдрома отмены: обострению симптомов заболевания, появлению опасных для жизни нарушений ритма, иногда - к развитию инфаркта миокарда и даже внезапной смерти. Их отмена проводится по решению врача с постепенным уменьшением дозы препарата в течение 2-3 дней [3, с.153].

Антагонисты рецепторов к альдостерону – эти препараты обладают небольшим мочегонным действием, задерживают натрий в организме. Назначаются они обычно при выраженных симптомах сердечной недостаточности, а также после перенесенного инфаркта миокарда.

Диуретики (мочегонные препараты) – применяются при скоплении жидкости в организме. Обычно назначают самый слабый из эффективных препаратов, чтобы избежать развития зависимости у пациента.

Сердечные гликозиды (Дигоксин) – это препараты растительного происхождения, произведенные из растения наперстянки. В больших дозах являются ядом, однако незаменимы при лечении сердечной недостаточности, вызванной мерцательной аритмией.

Дополнительные средства:

Статины – их применяют в том случае, если хроническая сердечная недостаточность появилась на фоне ишемической болезни сердца. Препараты этой группы подавляют выработку в печени жиров, которые откладываются на стенках сосудов и вызывают сужение или полную непроходимость их просвета, затрудняя ток крови по этим сосудам;

Непрямые антикоагулянты – применяются при риске образования тромбов, которые могут закупорить сосуд. Эти препараты нарушают образование в печени факторов, способствующих свертыванию крови.

Вспомогательные средства:

Нитраты – назначаются в основном при стенокардии для улучшения питания самого сердца и снятия болевого синдрома, поскольку обладают сосудорасширяющим действием и улучшают кровоток;

Антагонисты кальция – используются также при стенокардии, повышенном давлении, недостаточности клапанов сердца;

Если есть нарушения сердечного ритма, то могут применяться антиаритмические препараты;

Дезагреганты – эти препараты назначаются в основном больным после инфаркта миокарда, чтобы не допустить его повтора. Они ухудшают склеивание тромбоцитов между собой, тем самым разжижая кровь и препятствуя образованию тромбов.

Хирургическое лечение хронической сердечной недостаточности

В некоторых случаях, когда медикаментозная терапия не оказывает должного действия, здоровье пациента ухудшается и возникает угроза для жизни, может назначаться хирургическое лечение. Направлено оно на основное заболевание, вызвавшее сердечную недостаточность.

Методы хирургического лечения:

Аорто-коронарное и маммарно-коронарное шунтирование – применяется в тех случаях, когда затруднено движение крови по коронарным сосудам вследствие сужения их просвета. Из-за этого миокард не получает достаточного для своей работы количества кислорода. С помощью шунтирования создаются обходные пути, по которым кровь может обходить патологический очаг;

Коррекция клапанного аппарата сердца;

Трансплантация сердца от донора;

Использование искусственных желудочков сердца для создания вспомогательного аппарата кровообращения. Этот метод имеет довольно

высокую стоимость и опасен осложнениями: присоединением бактериальной инфекции, образованием тромбов [1, с.66].

Лечение хронической сердечной недостаточности народными средствами

Лечение сердечной недостаточности народными средствами возможно только под контролем лечащего врача как дополнение к традиционным лекарственным препаратам. Не стоит прописывать себе лечение самостоятельно, по рекомендации соседки или знакомого человека, у которого «похожий диагноз», а также игнорировать прием назначенных врачом лекарств, заменяя их народными средствами.

Для приготовления народных средств лечения обычно используют следующие травы: измельченные побеги голубики; цветки ландыша; листья наперстянки; трава зверобоя; семена петрушки; сухой корень женьшеня; цветки боярышника; трава пустырника и многие другие растения.

Следует помнить, что многие из этих растений ядовиты. Неправильное их применение, несоблюдение дозировки может закончиться отравлением. Лечение народными средствами только симптомов сердечной недостаточности, без должной терапии основного заболевания, не принесет ожидаемого результата и может ухудшить состояние больного.

1.4. Профилактика сердечной недостаточности

В зависимости от того, страдает ли человек от первых проявлений патологии или же только желает предупредить их появление, профилактику сердечной недостаточности подразделяют на первичную и вторичную. Главная цель первичной профилактики — своевременное выявление и устранение текущих сердечно-сосудистых заболеваний, которые являются пусковым механизмом для развития хронической сердечной недостаточности, иными словами направлена на нормализацию образа жизни. Для этого необходимо соблюдать основные принципы здорового образа жизни и питания, что представлено в Приложении 1, которые включают в себя: систематические

умеренные физические нагрузки; контроль индекса массы тела; исключение из рациона чрезмерно сладкой и жирной пищи; отказ от употребления газированных и алкогольных напитков; соблюдение режима отдыха; отказ от табакокурения [4, с.92].

Нужно избегать стрессовых ситуаций, поскольку при нервном возбуждении происходит выработка кортизола – стрессового гормона, который в большом количестве приводит к сбою сердечной деятельности и даже острому инфаркту миокарда. Кортизол провоцирует сильный спазм стенок артерий, из-за чего возможно развитие хронической сосудистой недостаточности.

Если человек уже страдает одним или сразу несколькими заболеваниями, проводится вторичная профилактика сердечной недостаточности, которая включает в себя ряд терапевтических мер, направленных на устранение основных причин возникновения патологии и подавление отдельных симптомов. Вторичная профилактика направлена на лечение первопричины развития хронической сердечной недостаточности: при артериальной гипертензии - достижение максимального гипотензивного эффекта оптимальным сочетанием лекарственных средств (или адекватной дозой одного из препаратов) при минимизации нежелательных побочных эффектов, при ишемической болезни сердца адекватная антиангинальная терапия, лечение опасных для жизни аритмий, при стенозирующем коронарном атеросклерозе - реваскуляризация миокарда, реконструктивное хирургическое лечение при наличии приобретенных или врожденных пороков сердца и т.д.

Вторичная профилактика непосредственно прогрессирования хронической сердечной недостаточности применение нейромодуляторов (антагонистов альдостерона в малых дозах, бета- адреноблокаторов, при необходимости - сердечных гликозидов в малых дозах), ингибиторов ангиотензин превращающего фермента (иАПФ), при необходимости - диуретиков и т.д., что предупреждает темп прогрессирования хронической

сердечной недостаточности, снижает количество регоспитализаций и повышает выживаемость пациентов.

Проводя анализ теоретических источников по теме значение сестринской деятельности в решении проблем пациентов с хронической сердечной недостаточностью, можно сделать вывод, что хроническая сердечная недостаточность – это заболевание, которому необходим комплексный подход при лечении, то есть не только медикаментозно воздействовать на причину заболевания, но и планировать уход, для предупреждения осложнений, профилактики дальнейшего развития хронической сердечной недостаточности.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗНАЧЕНИЯ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Исходя из поставленных в дипломной работе задач, в данной главе были изучены статистические данные по заболеванию за определенный период времени, а также было проведено анкетирование среди пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Первым этапом является проведение социологического исследования - анкетирование среди пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью. Вторым этапом был анализ полученных результатов с применением статистического, социологического, графического методов, а также с помощью сравнительного анализа. Третьим этапом стало определение основных моментов организации сестринского ухода. Четвертый этап - составление практических рекомендаций для пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

2.1. Анализ статистических данных заболеваемости хронической сердечной недостаточностью в Белгородской области

В данном параграфе предоставлены статистические данные общей заболеваемости населения болезнями сердечно-сосудистой системы по Белгородской области за период 2015-2017 года (Таблица 1, **Ошибка! Источник ссылки не найден.**). Данные были взяты на сайте Белгородского медицинского информационно-аналитического центра.

По данным исследований, в развитых европейских странах сердечной недостаточностью страдают около 25 миллионов человек. В России, за последнее 5 лет, число пациентов с диагностированным заболеванием снизилось 5,1 миллиона человек до 4 миллионов человек.

Таблица 1.

Статистические данные по заболеваниям сердечно-сосудистой системы

Год	Количество человек
2014	427326
2015	462128
2016	464785
2017	449170

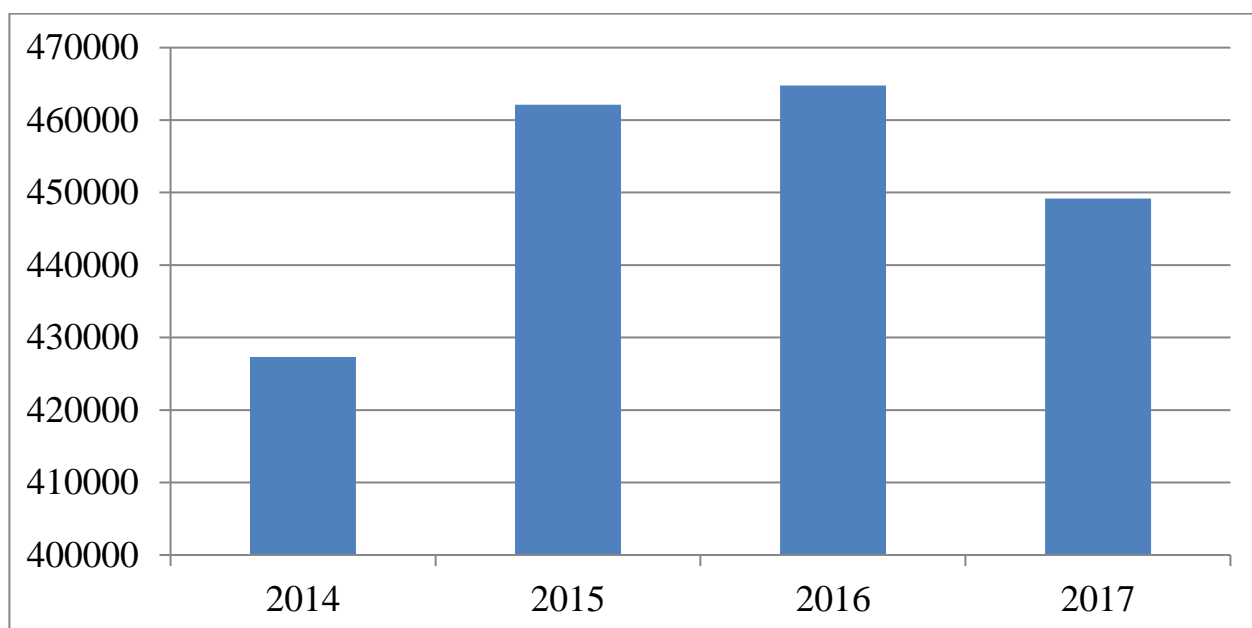


Рис. 1. Статистические данные по заболеваниям сердечно-сосудистой системы

Исходя из данной диаграммы, мы можем заметить, что в 2015 году был резкий подъем заболеваемости, который продлился незначительным ростом, до 2016 года. И к 2017 году, общие заболевания сердечно-сосудистой системы, характеризуются незначительным спадом.

2.2. Анализ анкетных данных пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью

В качестве участников анкетирования выступают пациенты ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» кардиологического отделения. В

анкетировании приняли участие 30 респондентов. Данная методика помогла мне выяснить качество жизни пациентов при хронической сердечной недостаточности.

Первыми вопросами анкетирования были: определение пола и возрастного промежутка респондентов (Рис.2).

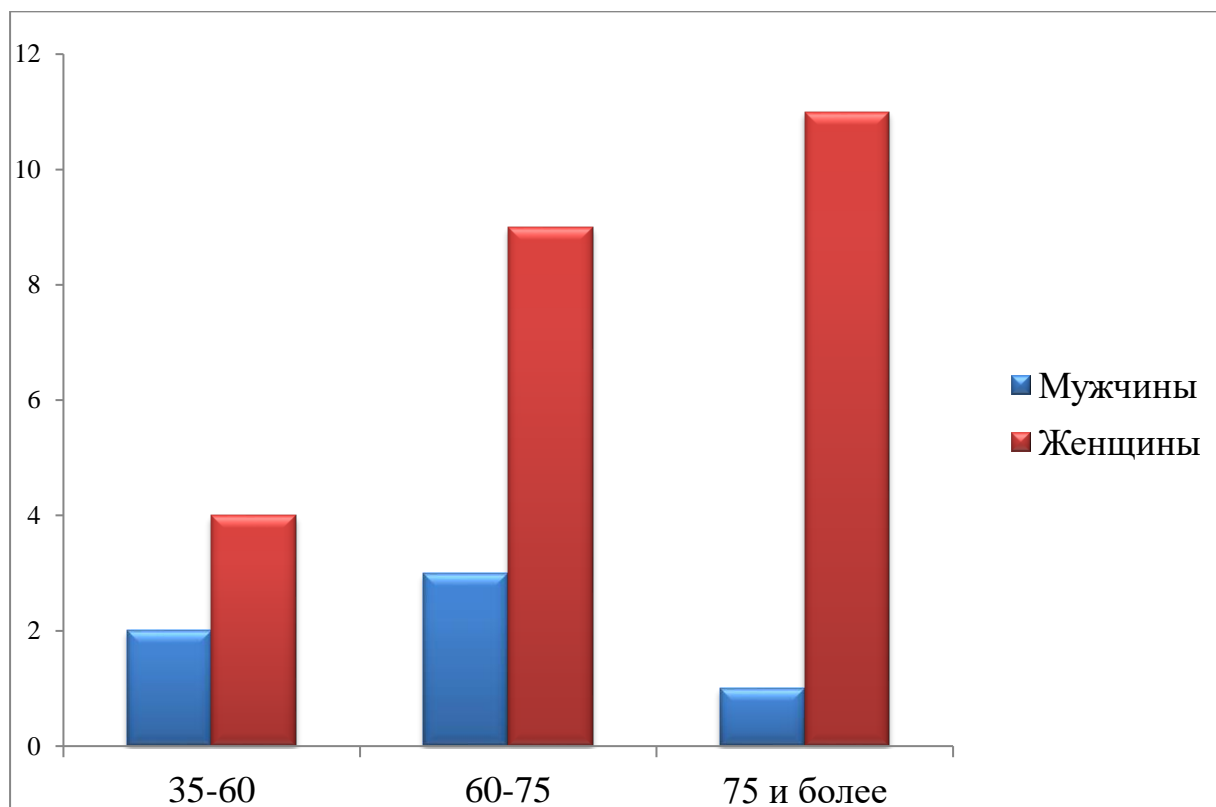


Рис. 2. Разделение респондентов по половому и возрастному признакам

Исходя из выше представленной диаграммы было выявлено среди респондентов, большую часть составили пациенты старше 60 лет. По полу распределение оказалось в соотношении женщин 80%, и мужчин 20%, хотя мировая статистика гласит что, хроническая сердечная недостаточность встречается чаще всего у мужчин. Основную часть составляли больные с длительностью заболевания более 5 лет их было 65%.

На вопрос «Приходится ли Вам ограничивать себя в следствии вашего заболевания?», 46% пациентов ответили, что им необходимо ограничивать свои физические усилия, 37% пациентов ответили, что им необходимо избегать эмоционального напряжения, 10% пациентов ответили, что им необходимо ограничивать свои умственную работу, и 7% пациентов ответили, что

вынуждены меньше пользоваться общественным транспортом, а так же отказываться от поездок (Рис. 3).



Рис. 3. Ограничения респондентов

Исходя из данной диаграммы, можно сделать вывод, что у большинства опрошенных респондентов ограничения физических усилий преобладают, над ограничениями умственной работы и эмоционального напряжения, а также небольшой процент опрошенных вынужден меньше пользоваться общественным транспортом, а так же отказываться от поездок, что говорит нам о том, что у большинства людей вынужденный сидячий образ жизни связанный с их работой. С медицинской точки зрения, нам это говорит, о необходимых рекомендованных, медицинскими сестрами, физ. минутках проводимых на рабочем месте.

На вопрос «Как Вы относитесь к необходимости лечиться?», 47% пациентов ответили, что очень переживают по этому поводу, 33% пациентов ответили, что им это не приятно, 13% пациентов ответили, что относятся к

этому безразлично, и 7% пациентов ответили, что им нравится лечиться (Рис. 4).

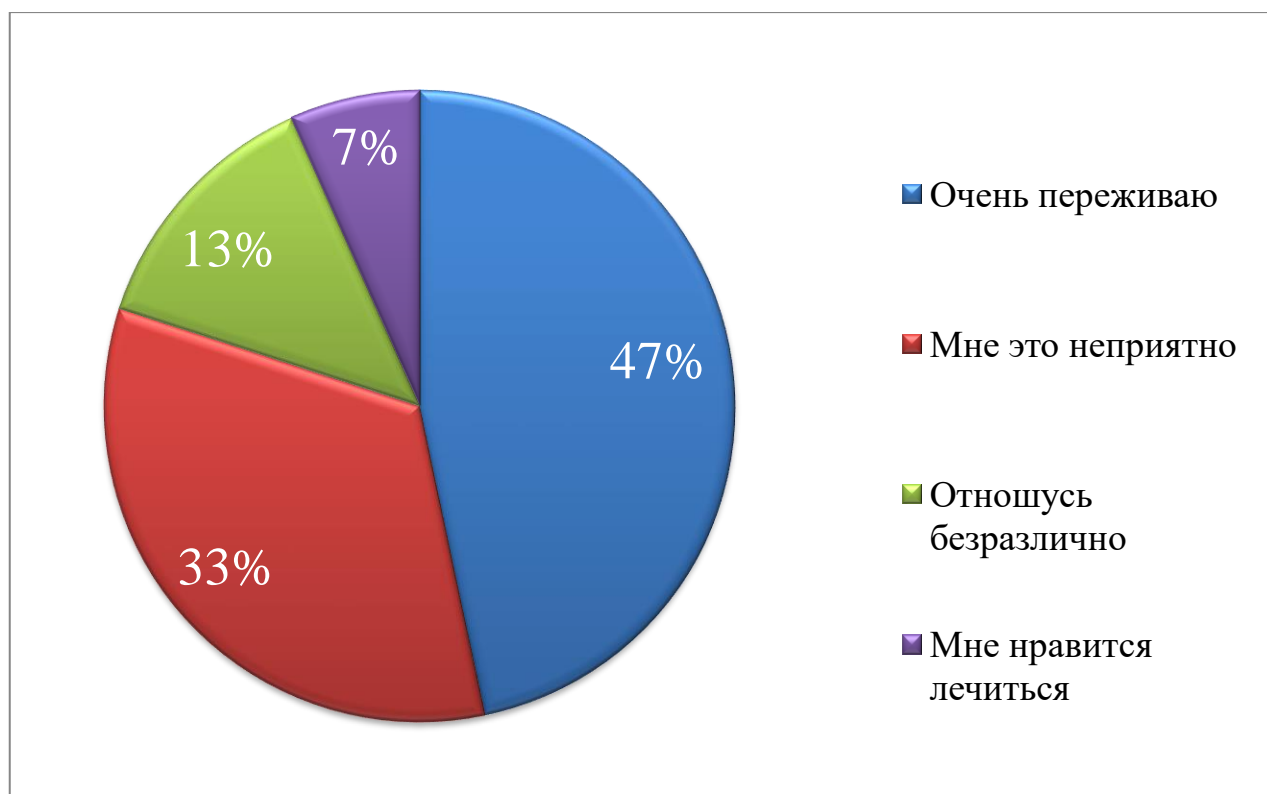


Рис. 4. Отношение респондентов к лечению

Данная диаграмма свидетельствует о том, что большинство респондентов очень переживают и им не приятно лечение. После общения с пациентами, сделаны выводы, что это связано с нехваткой материальных средств на лечение, так же, им неприятен тот факт, что необходимо проходить периодический курс лечения всю жизнь. И лишь незначительный процент опрошенных ответили, что лечение им нравится, либо относятся к процессу лечения безразлично, что говорит нам о том, что они смирились с тем фактом лечения и его периодичностью, а также поддержанием своего состояния здоровья.

На вопрос «Если к Вам изменилось отношение родных, близких, друзей в следствии заболевания, то как Вы к этому относитесь?», 60% пациентов ответили, что мои отношения не изменились с родными, 17% пациентов ответили, что очень переживают по этому поводу, и так же 17% пациентов

ответили, что им не приятно изменение отношений близких, 6% пациентов ответили, что им безразличен этот факт (Рис. 5).



Рис. 5. Отношение родственников респондентов

Как мы видим на данной диаграмме, у трети респондентов изменились отношения с близкими, в форме излишней заботе о них, в связи с тем, что опрашиваемых считают не имущими и им не приятен этот факт. А также, у многих респондентов отношения с родными и близкими не изменились, что говорит нам о том, что от большинства семей не исходит излишняя забота к пациентам, и родственники респондентов считают их дееспособными.

Далее пациенты дали ответ на последующие 3 вопроса, а именно имеются ли у них ограничения в повседневной жизни, в работе, проведении досуга и питании.

На вопрос «Если у Вас на работе есть ограничения в связи с болезнью (нагрузка, число командировок и т.д.), то как Вы к этому относитесь», 59% пациентов считают, что не имеют ограничений в работе, 17% пациентов

считают это не приятным, 14% пациентов относятся безразлично к ограничениям, 7% пациентов очень переживают по этому поводу, и лишь 3% пациентов рады ограничениям в работе (Рис. 6).



Рис. 6. Ограничения респондентов в повседневной жизни

Исходя из данной диаграммы, можно сделать вывод, что основное количество респондентов считают, что они не имеют ограничений в работе, а также они не имеют дополнительных выплат и командировок на рабочем месте, что говорит нам о том, что о не качественном отношении работодателей к работникам. Четверть опрошенных ответили, что им не приятен тот факт, что их признали не дееспособными.

На вопрос «Если у Вас в связи с заболеванием есть ограничения в проведении досуга (кино, театр, чтение книг, поездки и т.д.), то как Вы к этому относитесь», 67% пациентов очень переживают по этому поводу, 13% пациентов считают, что не имеют ограничений в проведении досуга, 10% пациентов считают это не приятным, 7% пациентов относятся безразлично к

ограничениям, и лишь 3% пациентов рады ограничениям в проведении досуга (Рис. 7).



Рис. 7. Ограничения в проведении досуга респондентов

Анализируя данную диаграмму, мы видим, что основная часть опрошенных пациентов знает о ограничениях в проведении досуга, а также переживает по этому поводу, это нам говорит о доброкачественной работе медицинских работников в проведении профилактических бесед о «щадящем» образе жизни. И лишь четверть опрошенных считают, что ограничений в проведении досуга, а именно походах в кинотеатр и театр, различные поездки и т.п., они не имеют, что говорит нам о халатном отношении к своему здоровью.

На вопрос «Если у Вас в связи с заболеванием есть ограничения в питании, как Вы к этому относитесь», 60% пациентов ответили, что им это не приятно, 17% ответили, что очень переживают, 17% пациентов ответили, что ограничений в питании не имеют, 3% пациентов ответили, что им безразличны ограничения, и 3% пациентов ответили, что рады этим ограничениям (Рис. 8).



Рис. 8. Ограничения респондентов в питании

Исходя из данной диаграммы, можно сделать вывод, что основная часть опрошенных ответила, что им не приятны ограничения в питании и им не приятен этот факт, а это говорит нам о том, что основная часть пациентов следит за ограничениями в своем рационе питания, что следует наказаниям медицинских работников. Лишь четверть респондентов ответили, что ограничений в питании не имеют, что свидетельствует нам о несоблюдении медицинских назначений.

На вопрос «Как Вы относитесь к уменьшению Вашей активности в повседневной жизни в связи с заболеванием?», 40% пациентов ответили, что очень переживают по поводу уменьшения активности, 27% пациентов ответили, что им не приятно, 20% пациентов, что не имеют уменьшения

активности в повседневной жизни, 7% пациентов ответили, что рады этому, 6% пациентов относятся безразлично (Рис. 9).



Рис. 9. Уменьшение активности респондентов

Анализируя результаты данной диаграммы, известно следующее, что больше половины опрошиваемых ответили, что им не приятен факт уменьшения активности в жизни, в связи с заболеванием, это говорит нам о том, что, следуя назначениям и советам медицинских работников, основная часть пациентов ограничивает свою активность. Так же, треть респондентов ответили, что ограничений в активности и ее уменьшения не имеют, что свидетельствует нам о несоблюдении медицинских назначений и не считают нужным снижать нагрузки.

На вопрос «Если Вы в связи с заболеванием вынуждены ограничивать себя в курении или отказываться от него, то как Вы к этому относитесь?», 73% пациентов ответили, что не курили до болезни, 10% пациентов очень переживают по поводу ограничения себя в курении, 7% пациентов ответили, что им не приятно, 4% пациентов относятся безразлично к этому, 3% пациентов рады этому, и 3% пациентов курят и по-прежнему (Рис. 10).

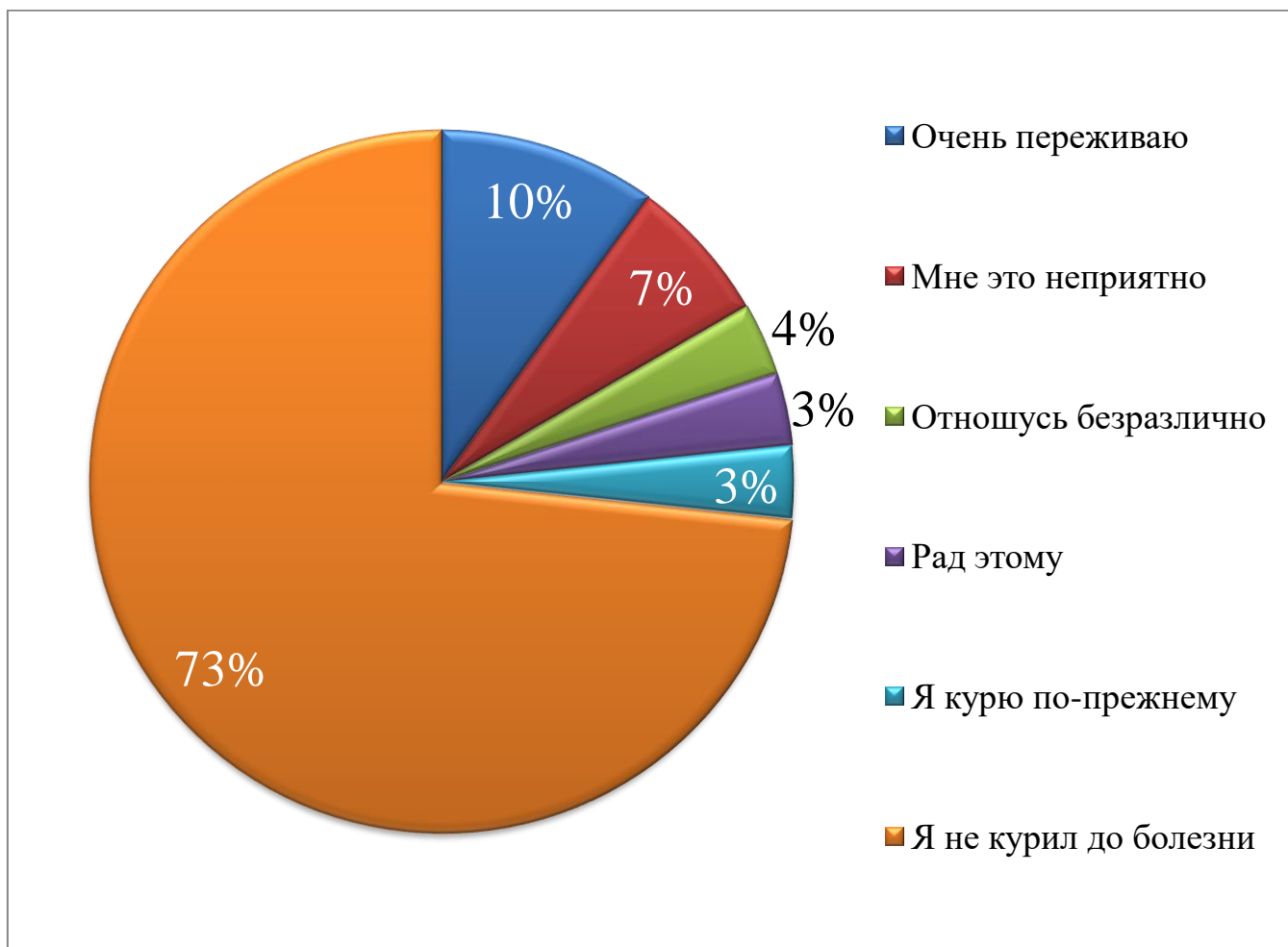


Рис. 10. Ограничения респондентов в курении

Исходя из данной диаграммы, можно сделать выводы, что основная часть респондентов не курили до болезни, что свидетельствует нам о благоприятном течении лечения заболевания, а также о предотвращении различных осложнений, связанных с негативным воздействием курения, это говорит нам о положительной профилактике здорового образа жизни, без вредных привычек, пропагандируемых медицинскими работниками. И лишь треть всех опрашиваемых ответили, что переживают по поводу запрета о курении.

На вопрос «Если у Вас в связи с заболеванием имеются ограничения, то чем это обусловлено?», 43% ограничивают себя в соответствии с рекомендациями врача, 30% вынуждены ограничивать себя в связи с физическими причинами, вроде одышки, боли и т.п., 17% пациентов ограничивают себя, так как считают, что излишняя нагрузка может причинить вред их здоровью, 7% пациентов ни в чем себя не ограничивают, и 3% пациентов ограничивают себя по совету окружающих родственников (Рис. 11).



Рис. 11. Мотивы ограничений респондентов в связи с заболеванием

Подводя итоги данной диаграммы, можем сделать выводы, что практически все опрашиваемые пациенты, (кроме 7% респондентов которые не ограничивают себя ни в чем, не следуя при этом каким-либо рекомендациям)

ограничивают себя в каких-либо физических или умственных нагрузках. Большая часть респондентов ограничивает себя, в связи с поставленными рекомендациями врача, что благоприятно сложится на дальнейшем течении лечения.

2.3. Практические рекомендации пациентам с хронической сердечной недостаточностью

Медицинская сестра играет немаловажную роль в формировании понимания здоровья пациента. Она консультирует пациентов и их родственников по вопросам ухода, профилактики осложнений, и поэтому она дает различные рекомендации:

Пациентам необходимо следить за питанием, а именно ограничивать прием соли до 2-4 г в день, а при больших отеках полное исключение ее; ограничение жидкости до 0,8-1 л в день; частые приемы пищи небольшими порциями (5-6 раз в день); введение в пищу продуктов, которые усиливают выведение жидкости из организма.

Также пациентам необходимо следить за своей активностью. Рекомендации гласят, что нужно распределять свою активность равномерно, не перенапрягаться, соблюдать режим труда и отдыха после различных физических нагрузок.

Пациентам необходимо избегать стрессовых ситуаций, поскольку при нервном возбуждении происходит выработка кортизола – стрессового гормона, который в большом количестве приводит к сбою сердечной деятельности и даже острому инфаркту миокарда. Кортизол провоцирует сильный спазм стенок артерий, из-за чего возможно развитие хронической сосудистой недостаточности. И поэтому медицинским сестрам следует рекомендовать родственникам пациентов меньше тревожить пациентов.

Немаловажную роль в предупреждении осложнений играет посещение врача-кардиолога, чтобы он назначал периодическую диспансеризацию,

которая нам покажет состояние здоровья пациента. И по результатам анализов врач назначает периодическое лечение и прием препаратов.

Также важно вести здоровый образ жизни, который включает в себя правильное питание, умеренную физическую активность, искоренение вредных привычек, а именно курения, употребления алкогольных напитков и наркоманию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хроническая сердечная недостаточность обычно развивается медленно, многие люди считают ее проявлением старения своего организма. В таких случаях больные нередко до последнего момента тянут с обращением к врачу-кардиологу. Конечно же, это затрудняет и удлиняет процесс лечения. Заболевание ухудшает качество жизни, а именно ограничивает умственную, физическую и эмоциональные нагрузки.

Правильное и своевременное лечение замедляет прогрессирование заболевания, уменьшает выраженность симптомов, что положительно влияет на качество жизни каждого больного.

При изучении особенностей сестринского ухода, мы провели теоретический анализ литературы и периодических изданий по теме работы. Провели анализ статистических данных по заболеваемости хронической сердечной недостаточности, выявили основные потребности и проблемы пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

На основании проведенного исследования мы сделали следующие выводы: пациентов женского пола, страдающих сахарным диабетом, незначительно больше, чем мужского, чаще всего это люди старше 61 года. Основную часть составляли респонденты с длительностью заболевания более 5 лет. Основное количество респондентов считают, что они не имеют ограничений в работе, а также они не имеют дополнительных выплат и командировок на рабочем месте, что говорит нам о том, что отношение работодателей к работникам не совсем качественное. Четверть опрошенных ответили, что им не приятен тот факт, что их признали не дееспособными. Основная часть опрошенных пациентов знает об ограничениях в проведении досуга. Большая часть опрошенных пациентов, соблюдают режим питания и следуют назначенным рекомендациям в соблюдении диет. основная часть респондентов не курили до болезни, что свидетельствует нам о благоприятном течении лечения заболевания, а также о предотвращении различных

осложнений, связанных с негативным воздействием курения, это говорит нам о положительной профилактике здорового образа жизни, без вредных привычек, пропагандируемых медицинскими работниками. Большая часть респондентов ограничивает себя, в связи с поставленными рекомендациями врача, что благоприятно сложится на дальнейшем течении лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Беленков, Ю.Н. Болезни органов кровообращения. Хроническая сердечная недостаточность [Текст] / Ю.Н. Беленков. - М.: Медицина, - 2015. – 685 с.
2. Лычев, В.Г. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи [Текст] : учебное пособие / В.Г. Лычев, В. К. Карманов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.:ФОРУМ: ИНФРА-М, 2013. - 544с.
3. Самойленко, В.В. Паллиативная помощь в кардиологии. Кардиология [Текст] : национальное руководство / В.В. Самойленко, Ю.Н. Беленкова, Р. Г. Оганова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 232 с.
4. Соболева, Н.И. Хроническая сердечная недостаточность [Текст] /, В.Н. Петров, В.А. Лапотников [и др.] // Медицинская сестра. – 2013. - № 6. – С. 8
5. Сединкина, Р.Г. Сестринское дело в терапии. Раздел «Кардиология» [Текст] : Учебное пособие / Р.Г. Сединкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с.
6. Смолева, Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи [Текст] /Э.В. Смолева. - Изд. 11-е.-Ростов- на -Дону : Феникс, 2013.- 285 с.
7. Трухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс] / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427699.html>
8. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс] : учебник / Н.И. Федюкович - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - (Среднее медицинское образование). - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222301227.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Диета для пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

Общая характеристика:

- 1) ограничение соли до 2-4 г в день, а при больших отеках полное исключение ее;
- 2) ограничение жидкости до 0,8-1 л в день;
- 3) частые приемы пищи небольшими порциями (5-6 раз в день);
- 4) введение в пищу продуктов, которые усиливают выведение жидкости из организма.

Примерное однодневное меню

На весь день: хлеба белого или отрубного бессолевого 250 г, сахара 30 г, масла 10 г, соли 3-4 г на руки, свободной жидкости 0,8-1 л (включая первое блюдо и напитки). Все блюда готовятся без соли.

Первый завтрак (до работы):

- 1) каша молочная манная, гречневая протертая или рисовая (риса 50 г, молока 100 г, сахара 5 г) с маслом;
- 2) яйцо всмятку или паровой омлет из 1 яйца, или творог (75 г) со сметаной (20 г);
- 3) чай с молоком или вареньем — 1/2 стакана.

Второй завтрак (в обеденный перерыв):

- 1) рагу из отварного мяса без соли — 150 г;
- 2) тертая морковь или свекла (100 г) со сметаной (10 г); можно также дать сырое яблоко (100 г) или размоченную курагу (30 г).

Обед (после работы):

- 1) борщ вегетарианский (полтарелки) или суп фруктовый с гренками, суп рисовый вегетарианский с лимоном, ячневый суп с картофелем и сметаной (крупы ячневой 30 г, картофеля 50 г, отварного лука 10 г, сметаны 20 г);
- 2) мясо отварное — 100 г (или отварное запеченное, или бефстроганов), свекла (или морковь) тушеная — 150 г;

3) молочный кисель (молока 150 г, картофельной муки 7 г, сахара 15 г, ванилина по вкусу) или яблочное пюре — 100 г, или сырое яблоко — 100 г, или размоченный чернослив — 50 г.

Ужин:

1) творог (75 г) с молоком или кефиром (50 г);

2) отварная лапша с маслом или картофельные котлеты с черносливом, или свекла с яблоками, тушенная в сметане, или котлеты из моркови с размельченными сухарями, шинкованными фруктами (моркови 200 г, манной крупы 15 г, молока 50 г, сахара 5 г, сушеных фруктов 30 г, сухарей 5 г, масла 10 г);

3) чай с молоком (молока 50 г, сахара 10 г) или молоко с сахаром — 1/2 стакана.

На ночь: чай с молоком или молоко — 1/2 стакана.

Анкетирование

Мы выражаем Вам искреннюю благодарность за то, что Вы согласились ответить на вопросы данной анкеты и уделили этому свое время. Анкетирование проводится студенткой Медицинского колледжа НИУ БелГУ.

Обращаем Ваше внимание на то, что проводимое анкетирование является анонимным. Убедительная просьба - отвечайте на вопросы предельно искренне, так как от этого зависят результаты исследования.

Социологический опрос пациентов с хронической сердечной недостаточностью.

1. Укажите Ваш пол:
 - a) женский;
 - b) мужской.
2. Ваш возраст:
 - a) от 35 лет до 60 лет;
 - b) от 60 лет до 75 лет;
 - c) старше 75 лет.
3. Длительность заболевания:
 - a) от 1 до 5 лет;
 - b) более 5 лет.
4. Приходится ли Вам ограничивать себя в чем-либо в следствии Вашего заболевания:
 - a) мне необходимо ограничивать свои физические усилия;
 - b) мне необходимо ограничивать свои умственную работу;
 - c) мне необходимо избегать эмоционального напряжения;
 - d) вынужден меньше пользоваться общественным транспортом, отказываться от поездок.

5. Как Вы относитесь к необходимости лечиться (часто обращаться к врачу, принимать лекарства и т.д.):

- a) очень переживаю;
- b) мне это неприятно;
- c) отношусь безразлично;
- d) мне нравится лечиться.

6. Если к Вам изменилось отношение родных, близких, друзей в следствии заболевания, то как Вы к этому относитесь:

- a) очень переживаю;
- b) мне это неприятно;
- c) мне это безразлично;
- d) мои отношения не изменились.

7. Если у Вас на работе есть ограничения в связи с болезнью (нагрузка, число командировок и т.д.), то как Вы к этому относитесь:

- a) очень переживаю;
- b) мне это неприятно;
- c) отношусь безразлично;
- d) рад этим ограничениям;
- e) у меня нет ограничений из-за болезни.

8. Если у Вас в связи с заболеванием есть ограничения в проведении досуга (кино, театр, чтение книг, поездки и т.д.), то как Вы к этому относитесь:

- a) очень переживаю;
- b) мне неприятно;
- c) мне безразлично;
- d) рад этим ограничениям;
- e) ограничений в проведении досуга нет.

9. Если у Вас в связи с заболеванием есть ограничения в питании, как Вы к этому относитесь:

- a) очень переживаю;
- b) мне это неприятно;

- c) мне это безразлично;
- d) рад этим ограничениям;
- e) ограничений нет.

10. Как Вы относитесь к уменьшению вашей активности в повседневной жизни в связи с заболеванием:

- a) очень переживаю;
- b) мне неприятно;
- c) отношусь безразлично;
- d) рад этому;
- e) у меня нет уменьшения активности в повседневной жизни.

11. Если Вы в связи с заболеванием вынуждены ограничивать курение или отказываться от него, то как Вы к этому относитесь:

- a) очень переживаю;
- b) мне это неприятно;
- c) отношусь безразлично;
- d) рад этому;
- e) я курю по-прежнему;
- f) я не курил до болезни.

12. Если у Вас в связи с заболеванием имеются ограничения, то чем это обусловлено:

- a) я вынужден ограничивать из-за физических причин (боли, одышки и т.д.);
- b) я ограничиваю себя, т.к. считаю, что излишняя нагрузка может причинить вред моему здоровью;
- c) я ограничиваю себя в соответствии с рекомендациями врача;
- d) я ограничиваю себя потому, что так мне советуют окружающие (близкие, друзья);
- e) я из-за заболевания ни в чем себя не ограничиваю.