

**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**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ  
ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051501  
Пушкиной Алины Игоревны**

Научный руководитель  
Преподаватель Прудникова Л.П.

Рецензент  
Старшая медицинская сестра  
ОГБУЗ «Городская поликлиника  
г. Белгорода», поликлиническое  
отделение №2 Хвостова В.А.

БЕЛГОРОД 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА .....	6
1.1. Характеристика, этиология хронических заболеваний кишечника. 6	
1.2. Клинические симптомы хронических заболеваний кишечника .....	7
1.3. Основные направления профилактики и лечения хронических заболеваний кишечника.....	10
1.4. Профессиональная деятельность медицинской сестры при хронических заболеваниях кишечника.....	14
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА .....	18
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	18
2.2. Организационная характеристика колопроктологического отделения «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» .....	22
2.3. Исследование профессиональной деятельности медицинской сестры в выявлении факторов риска хронических заболеваний кишечника и их профилактика, на примере колопроктологического отделения.....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	32
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..	35
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	36

## ВВЕДЕНИЕ

Кишечник человека – это самый длинный его орган, состоящий из множества отделов. Соответственно патологические процессы, в том числе, и воспаления кишечника, могут происходить в любой его части. Первый отдел кишечника, начинающийся после желудка – это тонкий кишечник или тонкая кишка. В данном отделе происходит расщепление биологических полимеров на мономерные соединения, которые имеет возможность усвоить организм – жирные кислоты, аминокислоты и моносахариды. Всасывание данных веществ в кровь также происходит в тонкой кишке. Тонкий кишечник распределяется на три главные части – двенадцатиперстная кишка, тощая кишка и подвздошная кишка. Воспаление тонкой кишки в целом носит название энтерита, воспаление подвздошной кишки – илеита, двенадцатиперстной кишки – дуоденита. Толстым кишечником или же толстой кишкой именуется отдел, начинающийся после тонкого и оканчивающийся анальным отверстием. Предназначение этого отдела – сбор непереваренных остатков пищи из тонкой кишки и вывод их наружу. Кроме того, в толстой кишке всасываются в кровь вода, электролиты и некоторые витамины. Значимая проблема обуславливается тем, что лечение хронических заболеваний кишечного тракта и многофункциональных патологий данного заболевания является тяжелой проблемой. Лишь только у 40% пациентов получается достичь абсолютного исчезновения признаков данного заболевания кишечника и излечения. У 60% пациентов медикаментозная терапия способна в этот период сократить проявления этой болезни. В формировании хронических заболеваний кишечника принимают содействие что факторы множественного риска и нередко квалификационно устанавливается причина этой болезни, а лечение оказывается непродуктивной, данная проблема остается одной из значимых проблем нынешней колопроктологии. Выделяется то, что патологии кишечника в огромном уровне подвергаются как представители мужского пола, так и женщины в возрасте от

20 и вплоть до 40 лет. Больные обращаются в амбулаторно-поликлиническую часть достаточно часто. На первое место - 70%- идут функциональные патологии кишечника. Сведения болезни обладают значимой социальной значимостью, вследствие этого то что они являются нередким условием потери трудоспособности населения. Концепция пищеварения находится под постоянным влиянием факторов внешней сферы, в главную очередь типа питания, обстоятельств работы и обихода. Среди причин, приводящих к росту колопроктологической патологии, выделяют несоблюдение рациона питания (в качественном и количественном отношении), вредные привычки (табакокурение, употребление алкогольных напитков), режим дня, увеличение стрессов и психоэмоциональных нагрузок, значимо возросших за последние 4 года, учащение инфекционных и аллергических заболеваний. Следует отметить неблагоприятные экологические и санитарно-гигиенические условия проживания. В районах с плохой экологией частота выявления данной патологии в 3 раза выше, чем в условно «чистых».

**Цель дипломной работы** – определение профессиональной деятельности медицинской сестры в выявлении факторов хронических заболеваний кишечника и их профилактика.

**Для того чтобы достичь заданной цели, решались следующие задачи:**

1. Проводился теоретический анализ данных по проблеме заболеваемости хроническим энтеритом и колитом;
2. Определялась роль сестринского персонала в проведении и организации реабилитации и профилактики пациентов с данной патологией;
3. Проводилось анкетирование пациентов колопроктологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», на основании которого мы разработали программу реабилитации пациентов с данными заболеваниями с последующей реализацией.

**Методы исследования:**

1. Исследование медицинской литературы согласно вопросу хронической заболеваемости кишечника;
2. Статистический: статистическое обрабатывание информативного массива;
3. Социологические: опрос респондентов с помощью анкетирования.

**Объект исследования** – пациенты колопроктологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

**Предметом исследования** является профессиональная деятельность медицинской сестры в выявлении факторов риска хронических заболеваний кишечника и их профилактика.

Экспериментальная основа дипломного изучения содержит в себе:

1. Нормативно-правовые акты Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития РФ и документы внутренней отчетности ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» за период 2015-2016 гг.;
2. Результаты социологического исследования.

# **ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ, ХАРАКТЕРИСТИКА, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА**

## **1.1. Характеристика, этиология хронических заболеваний кишечника.**

Хронический энтерит – болезнь тонкой кишки, которое формируется в следствии дистрофии, атрофии или же воспаления слизистой оболочки кишечника. Иногда может преимущественно поражаться тощая или подвздошная кишка. Хронический колит - воспалительный процесс толстого кишечника. Это одно из наиболее зачастую встречающихся болезней системы пищеварения, зачастую сочетающееся с воспалительным поражением тонкой кишки.

Основными причинами хронического энтерита являются такие факторы:

1. Питание без соблюдения режима;
2. Алкоголизм;
3. Производственная интоксикация;
4. Бытовые интоксикации;
5. Злоупотребление слабительными препаратами;
6. Частый прием антибиотиков;
7. Пищевая аллергия;
8. Паразитные инвазии;
9. Поражения радиацией;
10. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта.
11. Злоупотребление острой и соленой пищей.

Ведущими причинами хронического колита являются такие факторы:

1. Неправильное питание (алиментарный колит);
2. Стрессы;
3. Наследственные факторы;
4. Механические воздействия на прямую кишку (злоупотребления клизмами и т.д);

5. Пищевые отравления;
6. Аллергические реакции;
7. Увлечение голодными диетами. Как правило, заболевание развивается в результате воздействия не одного, а сразу нескольких этиологических факторов. Оно чаще всего встречается у взрослых, хотя не исключено возникновение заболевания и у детей.

## **1.2. Клинические симптомы хронических заболеваний кишечника**

**Симптоматика.** «Основным проявлением хронического энтерита является несоблюдение опорожнения кишечного тракта, что проявляется в огромной степени в варианте диареи либо поноса».

Диарея характеризуется нередким опорожнением кишечника и выделением неоформленных экскрементных масс. Частота: стул как правило равен 3-4 разам в день, обильный, таким образом нарушение переваривания и всасывания в тонкой кишке приводит к внушительному повышению числа непереваренной пищи, прибывающей в толстую кишку. При хроническом энтерите позывы к дефекации появляются через 20-30 мин. уже после приема еды и сопровождаются сильным урчанием в животе. Акцентирует на себя внимание особый желтоватый цвет экскрементных масс, определенный наличием в них нерестааврированного билирубина и существенного количества жира.

Пациенты с хроническим энтеритом могут жаловаться на:

1. Тупые и острые боли спастического характера в пупочной области;
2. Вздутие;
3. Урчание в животе при пальпации слепой кишки;
4. . Похудание;
5. . Слабость;
6. . Астеничность;

7. . Сухость кожи;
8. . Хрупкость ногтей;
9. . Выпадение волос.
10. . Болезненность при пальпации живота.

В анализах кала замечают:

1. Нейтральный жир и жирные кислоты;
2. Мышечные волокна;
3. Непереваренную клетчатку.

**Симптоматика:** Основным проявлением **хронического колита** является нарушение функции опорожнения кишечника, что проявляется в виде диареи (поноса) либо же запора. При поражении толстой кишки стул способен быть достаточно частым (как правило 3-4 раза в день, в период обострения вплоть до 10 раз). У определенных больных в клинической картине доминирует запор (1 раз в 3 суток и более с доминированием спазма либо атонии кишечника).

Диарея при хроническом колите носит характерные черты так называемой толстокишечной диареи, характерные качества которой обоснованы характерными особенностями функционирования толстой кишки.

Наиболее частыми жалобами пациентов, страдающих хроническим колитом, считаются:

1. Дефекации сопутствует схваткообразная боль внизу живота (тенезмы);
2. Боли по ходу толстой кишки, как правило уменьшающиеся после отхождения газов и дефекации;
3. Расстройства стула (запор, диарея либо их чередование);
4. Вздутие, урчание в животе;
5. Жалобы общего порядка (высокая нервозность, ухудшение настроения и др.).

При исследовании кала в промежутки обострения заболевания можно отметить несколько видов изменений копрограммы. При преобладании в кишечнике бродильных процессов при микроскопии кала обнаруживается:

1. Огромное количество клетчатки;



2. Йодофильная флора и полисахариды;
3. Жирные кислоты в малом количестве.

При преобладании в кишечнике гнилостных действий в кале содержание различных элементов никак не отличается от нормы, однако при химическом исследовании отмечается внезапное повышение аммиака (в суточном количестве кала).

При тяжелом течении заболевания при исследовании кала возможно обнаружить:

1. Дисбактериоз – снижение числа бифидо- и лактобактерий;
2. Патогенный стафилококк;
3. Протею;
4. Гемолитический пневмококк.

При рентгенологическом исследовании толстого кишечника (контрастное вещество вводится в кишечник с помощью клизмы) обнаруживается смазывание рисунка слизистой оболочки, несимметричная гаустрация, зоны гипо- и гипермоторной дискинезии. При эндоскопическом исследовании (колоноскопия) обнаруживается изменение слизистой оболочки толстой кишки в виде увеличения или же обеднения сосудистого рисунка, зон атрофии, воспалительных изменений. При исследовании крови изменения в виде анемии, гипопроteinемии обнаруживают только лишь при тяжелом ходе заболевания с доминированием диареи.

В течении болезни, в основе абсолютного клинико-лабораторного обследования пациента, различают три этапа:

1. Острый период. Характеризуется присутствием эндоскопических изменений и клинических проявлений.
2. Период неполной ремиссии. В этот промежуток клинические проявления отсутствуют, несмотря на это эндоскопические изменения остаются.
3. Период абсолютной ремиссии. Характеризуется отсутствием как эндоскопических, так и клинических свойств заболевания.

### **1.3. Основные направления профилактики и лечения хронических заболеваний кишечника**

Для предупреждения заболевания нужно:

1. Не употреблять недоброкачественные, несвежие продукты питания;
2. Соблюдать рациональное питание;
3. Не принимать длительно фармацевтические средства, которые раздражают слизистую кишечника.

Для предупреждения эмоциональных и физических перегрузок:

1. Соблюдение правил рационального питания;
2. Своевременная санация и выявление очагов хронической инфекции.

Вышеперечисленные пункты являются мероприятиями первичной профилактики хронических заболеваний кишечника.

Вторичная профилактика включает мероприятия, нацеленные на ликвидацию сезонных обострений.

Проблемы пациентов, страдающих хроническими заболеваниями кишечника: диарея, схваткообразные боли в животе, метеоризм, тошнота, неприятный вкус во рту, снижение аппетита, утомляемость, депрессия, головные боли и нарушение сна.

Медсестра должна:

1. Объяснить пациенту значение соблюдения диетического питания;
2. Следить за выполнением диетического режима и контролировать физические отправления;
3. Вводить лекарственные средства с целью снятия боли согласно назначению врача;
4. Рассказать больному о мероприятиях профилактики. Лечебное питание имеет большое значение комплексной терапии. Больной должен принимать пищу маленькими порциями (5-6 раз в день) в одни и те же часы. Нужно избегать физических и психологических перенапряжений. Меню для пациента с

хроническими заболеваниями кишечника предусматривает все нужные составляющие для жизнедеятельности организма: белки, жиры, минеральные соли, углеводы.

Различают две фазы: обострение и ремиссия.

Во время ремиссии диета расширена, а во время обострения соблюдается жесткая диета. Пища во время обострения готовится в виде желе, исключаются жаренные продукты питания. Рацион включает в себя 80 грамм белка, 80-100 гр. Жиров и 200-300 гр. углеводов, а энергетическая ценность равна 2200 калорий. Как правило через 3-4 дня устраняются острые симптомы, уже после чего повышается рацион питания. Величина компонентов пищи соответствует обычному рациону питания: 100 грамм белка, 400 гр. Углеводов, а также 100 гр. жиров и энергетическая значимость которая равна 2600-2800 калорий. Физиотерапевтические процедуры включают в комплекс лечебных мероприятий, витаминотерапия, создание условий для глубокого и полного сна, создание подходящей обстановки дома и на работе, занятие физической культурой, своевременное проведение санации ротовой полости, лечение и протезирование зубов. Пациенты с хроническими заболеваниями кишечника подлежат диспансеризации. Профилактика считается первичной, а предупреждение обострений считается вторичной. В случае если лечебными мероприятиями получилось приостановить патологический процесс и достичь фактического возобновления нормальной функции кишечника, то начинается этап ремиссии. Следовательно, на основании теоретического анализа по проблеме заболеваемости хроническим энтеритом или колитом можно сделать следующие выводы: Сегодня данную патологию можно именовать болезнью века. По достоверным сведениям статистики здравоохранения, в России около 50% населения имеют такую патологию.

**Лечение хронического энтерита предполагает следующие шаги:**

1. Режим питания должен быть четким и дробным;
2. Прием витаминов группы В, К и А;
3. Прием фолиевой кислоты;

4. Прием антибактериальных средств (например, колибактерин, бифидумбактерин, бификол, энтеросептол, интестопан);
5. Прием пищеварительных ферментов;
6. Препараты для парентерального питания;
7. Санаторно-курортное лечение.

**Лечение хронического колита предполагает следующие шаги:**

Лечение во многом зависит от этиологии. Однако в большинстве случаев при лечении используют консервативные методы. Исключение составляет язвенный колит, лечение которого может подразумевать хирургическое оперативное вмешательство. Также операции по удалению части кишки применяются при аутоиммунных заболеваниях и болезни Крона. При колите кишечника лечение у взрослых обычно проводится в амбулаторных условиях. Однако при обострении заболевания колит лечат, как правило, в стационаре. Основа терапии заболевания – различные лекарства.

Однако лечение колита кишечника у женщин и мужчин может включать и другие методы, помимо медикаментозных:

1. Диета,
2. Лечебная физкультура,
3. Массаж области живота,
4. Физиотерапия (УФО, электрофорез с лекарственными препаратами, УВЧ и магнитотерапия),
5. Грязелечение,
6. Кишечный душ.

Если заболевание вызвано бактериальной инфекцией, то лечение колита кишечника включает антибактериальные препараты. Если первопричина недуга заключается в гельминтной инвазии, то для лечения используются противогельминтные средства. А при некоторых инфекциях, например, при сальмонеллезе, антибиотики для лечения вообще нежелательно использовать. При серьезных воспалениях слизистой оболочки кишечного тракта необходим прием противовоспалительных лекарств на основе глюкокортикостероидов.

Для снятия болей при лечении взрослых пациентов предпочтительно применять препараты-спазмолитики – дротаверин и папаверин, а также нестероидные противовоспалительные препараты, например, ибупрофен. Прием при колите такого лекарства, как лоперамид, поможет остановить диарею. После проведения курса лечения антибиотиками возникает необходимость восстановить нормальную микрофлору, обитающую в просвете кишечника. С этой целью больному назначают препараты-пробиотики – Линекс, Бифидумбактерин, Бификол. Лечат хронический колит также витаминами группы В, аскорбиновой кислотой. При обострении заболевания данные витамины вводятся парентерально, в дальнейшем возможен прием поливитаминных комплексов.

Основные требования к диетотерапии при хронических заболеваниях кишечника – стол №4.

Категорически запрещено табакокурение и прием спиртных напитков. Рацион питания при данном заболевании должен быть комплексным, содержать разумное число углеводов, жиров и полноценного белка в увеличенном числе (130 – 140гр.). Суточное число пищи рекомендовано принимать по 4-5 раз в день.

Разрешено:

1. Мучные продукты (черный хлеб);
2. Суп-пюре;
3. Крупы и макаронные изделия;
4. Овощи;
5. Фрукты и ягоды

Исключается:

1. Тугоплавкие жиры зоологического происхождения;
2. Огромное количество клетчатки, содержащееся в продуктах питания.

Структура химическая и питательная: углеводы – 250гр. (40-50 гр. глюкозы); белки – 90гр. (60-65% животные); жиры – 70гр.; калории – 200 ккал; соль – 8-10гр.

#### **1.4. Профессиональная деятельность медицинской сестры при хронических заболеваниях кишечника.**

Профессиональная деятельность медицинской сестры –научно обоснованные и исполняемые на практике действия медицинской сестры согласно оказанию поддержки пациентам.

Предметом данного метода служит обеспечение практического качества жизни в заболевания с помощью предоставления предельно доступного для пациента физического, психосоциального и внутреннего комфорта с учетом культуры и внутренних ценностей.

Медицинская сестра осуществляет санитарное содержание палат закрепленных за ней и уход за больными. Находится при обходе больных ординатором или дежурным врачом, сообщает им сведения о состоянии здоровья больных, получает от них дальнейшие указания по уходу за больными. Медицинская сестра осуществляет запись и выполнение назначений лечащего врача. В её непосредственные прямые обязанности входит подсчет пульса и дыхания, плановая термометрия с утра и в вечернее время, измерение суточного количества мочи и внесение всех сведений в историю болезни и (или) температурный лист.

Медицинская сестра смотрит за тишиной, порядком и чистотой в палатах. Контролирует соблюдения правил личной гигиены больных (уход за полостью рта, ногтями, за кожей, волосами). Медицинская сестра снабжает всем необходимым для ухода и лечения, следит за сменой постельного и нательного белья. Ослабленным больным медсестра оказывает помощь при питье, приеме пищи, промывает уши, рот, глаза, предупреждает развитие пролежней и помогает при умывании и приеме гигиенических ванн.

Медицинская сестра собирает материал для анализов (кал, моча, рвотные массы и др.), затем своевременно забирает результаты анализов из лаборатории и клеивает в медицинскую карту больного.

Она держит под контролем выполнение младшим мед. персоналом, больными и посетителями правил внутреннего распорядка больницы, оформляет требования на медикаменты, перевязочные материалы и предметы ухода за больными, следить за содержанием хозяйственного и медицинского инвентаря шкафчиков для медикаментов, палат. Так же в обязанности медсестры входит направление больных на исследования, внесение результатов в историю болезни, в соответствии с назначением врача составляет порционные требования.

Медсестра проводит проверку качества санитарной уборки в пропускнике, принимает поступивших больных, поселяет больных в палаты. Настоящая официальная инструкция разработана и подтверждена в соответствии с утверждениями Трудового кодекса Российской Федерации, указа Министерства здравоохранения и социального формирования РФ от 23 июля 2010г. N 541 н «О утверждении Общего квалификационного справочника должностей управляющих, экспертов и служащих», пункт «Квалификационные свойства должностей работников в области здравоохранения», и иных нормативно-правовых актов, стабилизирующие трудовые правоотношения.

Должностные прямые обязанности медицинской сестры:

1.Проводит проверку передач для пациентов с целью недопущения приема противопоказанных продуктов;

2.Принимает и располагает в палате пациентов, проводит проверку качества санитарной обработки вновь поступивших пациентов;

3.Своевременно и точно исполняет назначения лечащего врача: в случае невыполнения назначений вне зависимости от обстоятельств, незамедлительно докладывает про это лечащему врачу;

4.Организует своевременное обследование пациентов в диагностических кабинетах, у врачей консультантов и в лаборатории;

5.Следит за общим состоянием больных, физическими отправлениями и сном.

6. В закрепленных за медицинской сестрой палатами участвует в обходе врачей, докладывает о общем состоянии больных, записывает назначенное врачом лечение и уход за больными, следит за выполнением назначений;

7. Реализовывает санитарно – гигиеническое обслуживание физически ослабленным и тяжело больным пациентам (умывает, кормит, дает попить);

8. Принимает и располагает в палате пациентов, проводит проверку качества санитарной обработки вновь поступивших пациентов;

9. Осуществляет уход и наблюдение за больным на основе принципов медицинской диетологии;

10. Сдает смену по палатам у кровати пациента, принимая смену, осматривает все без исключения прикрепленные за ней помещения, состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого медицинского инвентаря, медицинского оснащения и инвентаря, лекарственных средств. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения;

11. Осуществляет контроль выполнения пациентами и родственниками режима дня отделения. О вариантах нарушения порядка докладывает старшей медицинской сестре.

12. При обнаружении у пациента инфекционного заболевания незамедлительно сообщает о данном лечащему доктору, согласно его распоряжению изолирует пациента, незамедлительно производит текущую дезинфекцию;

13. Один раз в неделю производит взвешивание пациентов, отмечает массу пациента в истории болезни. Абсолютно всем вновь поступившим пациентам производит измерение температуры 2 раза в день, вносит в температурный лист.

14. Согласно назначению врача осуществляет подсчет дыхания, пульса, измерения АД, измеряет суточное количество мочи и т.д., вносит сведения в историю болезни;

15. Наблюдает за своевременным обеспечением пациентов абсолютно всем важным для лечения и ухода, за индивидуальной гигиеной пациентов



(своевременным приемом гигиенических ванн, уход за ртом, кожей, стрижкой ногтей, волос), сменой нательного и постельного белья, санитарным состоянием прикрепленных за ней палат;

16. В случае изменения состояния пациента оказывает экстренную доврачебную помощь и ставит в известность дежурного доктора;

17. Выдает лекарства и следит за тем, чтобы пациент принял их вовремя;

18. Осуществляет доставку в палату пищи и кормление тяжелобольных;

19. Ведет всю необходимую документацию;

20. Своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача.

## **ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ФАКТОРОВ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КИШЕЧНИКА**

### **2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»**

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – основное лечебно-профилактическое учреждение Белгородской области. На сегодняшний день областная клиническая больница Святителя Иоасафа - основное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение района. В её структуру входят: консультативная поликлиника на 600 посещений в смену, 23 специализированных отделения круглосуточного стационара на 1053 койки, перинатальный центр на 522 койки, центр медицинской реабилитации, диагностические и параклинические отделения, отделение автосанитарной авиации, технические службы жизнеобеспечения больницы.

Ежегодно в больнице получают амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь свыше 170 тыс. жителей области, выполняется более 39 тыс. оперативных вмешательств, принимается свыше 5 тыс. родов.

В больнице работают 3056 сотрудников, в том числе 11 докторов и 85 кандидатов медицинских наук; 24 сотрудника удостоены высокого звания «Заслуженный врач РФ», 15 сотрудников стали победителями Всероссийского конкурса на звание лучшего врача года в различных номинациях. 45 врачей и 4 медицинские сестры награждены отраслевым знаком «Отличник здравоохранения», 255 врачей имеют высшую квалификационную категорию, 36 врачей являются главными внештатными специалистами области.

На базе больницы функционируют шесть кафедр медицинского института НИУ БелГУ.

За достигнутые успехи в эффективном решении социальных задач больница была удостоена третьего места в региональном этапе Всероссийского конкурса «Российская организация высокой специальной эффективности» в номинации «За развитие кадрового потенциала». В больнице, наряду со специализированной медицинской помощью, оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. К числу приоритетных и быстроразвивающихся направлений следует отнести:

- сердечно-сосудистую хирургию;
- рентгенхирургию;
- колопроктологию;
- хирургию печени и поджелудочной железы;
- травматологию и ортопедию;
- нейрохирургию;
- акушерство и гинекологию;
- неонатологию;
- трансплантологию.

Ежегодно проводится:

- 650 тотальных эндопротезирований крупных суставов;
- 260 операций аортокоронарного шунтирования и 120 протезирования клапанов сердца и аорты;
- 2402 ангиографических исследований, 843 ангиопластик и стентирований сосудов, в т.ч. 440 при остром инфаркте миокарда;
- 80 операций по поводу острой сосудистой неврологической патологии (инсульты, аневризмы сосудов головного мозга);
- 1000 реконструктивных фактоэмульсификаций, 130 лазерных операций;
- 14 трансплантаций органов (печень, почки, сердце);
- более 350 циклов экстракорпорального оплодотворения и свыше 160 циклов искусственной инсеминации. Продолжается совершенствование внедренных ранее операций: по коррекции всех видов клапанной патологии и коронарных артерий; по коррекции аневризм левого желудочка и аорты,

включая расслаивающиеся аневризмы; при опухолях сердца, врожденных пороках сердца; при нарушениях ритма и проводимости; сочетанные и симультантные операции. Выполняются имплантации электрокардиостимуляторов для лечения больных с желудочковыми блокадами, кардиовертер-дефибрилляторов для лечения пациентов с жизнеугрожающими желудочковыми тахикардиями и фибрилляцией желудочков (250 имплантаций и реимплантаций электрокардиостимуляторов). Интервенционная аритмология представляется внутрисердечными электрофизиологическими исследованиями сердца (125ЭФИ) и радиочастотной абляцией аритмогенных зон и дополнительных путей проведения сердечного импульса (125).

В 2004 году на базе травматолого-ортопедического отделения больницы был создан центр эндопротезирования крупных суставов, а в 2008 году – центр реконструктивной и пластической микрохирургии на функциональной основе. Белгородцам стали более доступны такие виды высокотехнологичной медицинской помощи, как тотальное эндопротезирование суставов, артроскопические методы лечения внутрисуставной патологии крупных суставов, высокоэффективный метод восстановления опорной функции позвоночника транспедикулярной фиксацией любого отдела, реконструктивно-пластические операции при врожденных и приобретенных аномалиях развития стопы, реимплантация верхней конечности либо ее сегментов, восстановление отчлененных сегментов конечностей. Успешно применяются оригинальные оперативные вмешательства для коррекции поперечной распластанности стоп с вальгусной деформацией первого пальца.

Клинико-диагностическая лаборатория больницы оснащена самым современным высокотехнологичным оборудованием, поэтому проводимые лабораторные исследования во многом являются уникальными и обладают высоким качеством и аналитической достоверностью. Всего внедрено в практику свыше 350 различных методик.

В больнице установлены: магнитно-резонансный томограф с напряженностью магнитного поля 1Тс, спиральный компьютерный томограф фирмы GE и два мультиспиральных компьютерных томографа фирмы TOSHIBA Aquilion 64 и Aquilion One 320, позволяющие проводить весь спектр диагностических исследований грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, ЦНС, сердечно-сосудистой системы, включая МСКТ-коронарографию.

Кабинеты ультразвуковой диагностики оснащены современными аппаратами экспертного класса с цветными и энергетическими доплерами и эндоскопическими и внутрисосудистыми датчиками. Под контролем УЗИ проводится пункционная биопсия образований печени, поджелудочной железы, почек, щитовидной железы, интраоперационная абляция метастатических узлов печени. Количественную и качественную оценку изменений церебральной гемодинамики при нейрососудистой патологии дает транскраниальное ультразвуковое исследование сосудов головного мозга и шеи.

С целью выявления скрытой коронарной недостаточности, оценки резерва миокарда, установления многофункционального состояния синусового участка, характера сино-атриального и атрио-вентрикулярного проведения, установления добавочных путей выполнения, индуцирования и купирования наджелудочковых патологий ритма применяется чреспищеводная активизация предсердий.

В 2006 году была благополучно совершена первая пересадка схожей почки, в апреле 2007 года в первый раз выполнена пересадка трупной печени и почек, в 2012г. совершена пересадка сердца. На сегодняшний день специалисты продолжают накапливать навыки в данном направлении.

В 2011 году распахнул для пациентов свои двери кардиохирургический центр Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа, призванный поднять кардиологическую и кардиохирургическую поддержку на новый уровень. В нем были развернуты 122 койки: 50 кардиологических, 40 кардиохирургических, 14 – интенсивной терапии и 18 – кардиохирургической

реанимации. Фактически возведено непростое промышленное сооружение, соответствующее абсолютно всем требованиям клиники 21 века. Операционные и реанимация оборудованы кондиционированием согласно концепции «ламинарные потоки», коммуникации учитывают применение не только лишь нынешнего оборудования, но и однако гарантирует допустимое увеличение лечебно-диагностических методов. С открытием новейшего кардиоцентра размер кардиохирургических вмешательств в области существенно вырос.

Стремительно проводится деятельность согласно совершенствованию мультимедийной концепции. Она дает возможность увеличить информационное поле медицинским работникам больницы, проявляет бесценную поддержку в ходе высококласной подготовки медицинских сотрудников.

Администрация больницы огромное внимание уделяет укреплению самочувствия работников: каждый год проводится диспансеризация, спартакиады по зимним и летним типам спорта, имеется столовая, которая дает возможность работникам вовремя и полноценно употреблять пищу.

В рамках осуществления долгосрочной программы Губернатора Белгородской области более 300 работников больницы через Белгородскую ипотечную корпорацию существенно повысили качество своих жилищных условий.

## **2.2. Организационная характеристика колопроктологического отделения «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа»**

Белгородский межрегиональный колопроктологический центр, находящийся на базе специализированного колопроктологического отделения

областной клинической больницы Святителя Иоасафа, оказывает высококвалифицированное комплексное лечение и обследование пациентов с хроническими заболеваниями абсолютно всех отделов прямой, толстой кишки и параректальной клетчатки.

Заболевания, относящиеся к единой проктологии:

Геморрой; Заднепроходная трещина; Выпадение прямой кишки; Свищи прямой кишки; Эпителиальные копчиковые кисты; Недостаточность заднепроходного сфинктера; Остроконечные перианальные кондиломы; Полипы прямой и ободочной кишки; Кокцигодия; Другие заболевания.

Заболевания, относящиеся к колопроктологии, онкопроктологии:

1. Опухоль прямой кишки
2. Опухоль ободочной кишки
3. Опухоли заднепроходного канала и промежности (злокачественные и доброкачественные)
4. Дивертикулез толстой кишки
5. Мегаколон
6. Хронический запор
7. Полипоз смешанный семейный
8. Колостомы
9. Прочие заболевания.

В центре колопроктологии при обследовании пациентов используются инновационные ресурсы диагностики: СКТ, КТ, УЗИ, видеоколоноскопия и оригинальный компьютеризированный комплекс с целью оценки функционального состояния прямой кишки и её сфинктерного аппарата. Для пациентов, испытывающих страдания недостаточностью анального жома, используется безоперационная терапия методом биологической противоположной взаимосвязи. В отделении выполняются все без исключения разновидности колопроктологических операций, при которых обширно используется современное электрохирургическое и эндоскопическое

оборудование, сшивающие устройства, применяются инновационные технологии и оборудование, выполняются операции по возобновлению кишечной непрерывности у пациентов с колостомами, пластические операции у пациентов с синдромом опущения тазового дна и недостаточностью анального сфинктера. В отделении работают высококвалифицированные доктора и медицинские сестры, прошедшие квалификацию по колопроктологии. В центре используется сверхтехнологичный способ малоинвазивного излечения опухолей прямой кишки — трансанальная эндомикрохирургия (ТЭМ). На базе колопроктологического центра открыт кабинет реабилитации стомированных пациентов.

**Задачи кабинета:**

1. Медицинское консультирование пациентов;
2. Персональный подбор современных средств ухода за стомой;
3. методическое обучение стомированного пациента и его родственников применению современных средств ухода за стомой;
4. диспансерный мониторинг за стомированными пациентами;
5. отбор пациентов для хирургической реабилитации

**2.3. Исследование профессиональной деятельности медицинской сестры в выявлении факторов риска хронических заболеваний кишечника и их профилактика, на примере колопроктологического отделения**

Обследована категория людей с хроническими заболеваниями кишечника, описаны характерные черты направления, диапазон сопутствующей патологии, характер питания. За изучаемый промежуток в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Было проведено исследование на базе колопроктологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» с



целью исследования проблем пациентов с хроническими заболеваниями кишечника.

Была составлена анкета, которая заполнялась методом выборочного опроса, представленная в приложении 1. Анкета состоит из 9 вопросов, позволяющих создать социальный портрет пациента, получить сведения о проблемах пациентов. В анкетировании приняли участие 19 пациентов, пребывающих на лечении в этом отделении.

Социальный портрет пациента показан следующим образом – зрелый (83%), из полной семьи (85%), проживающий в отдельной квартире.

Возраст распределился последующим образом (рис. 1.): пожилые – 3 человека – 18%; взрослые – 7 человек – 34%; девушки и юноши – 10 человек – 47% (рис.1).

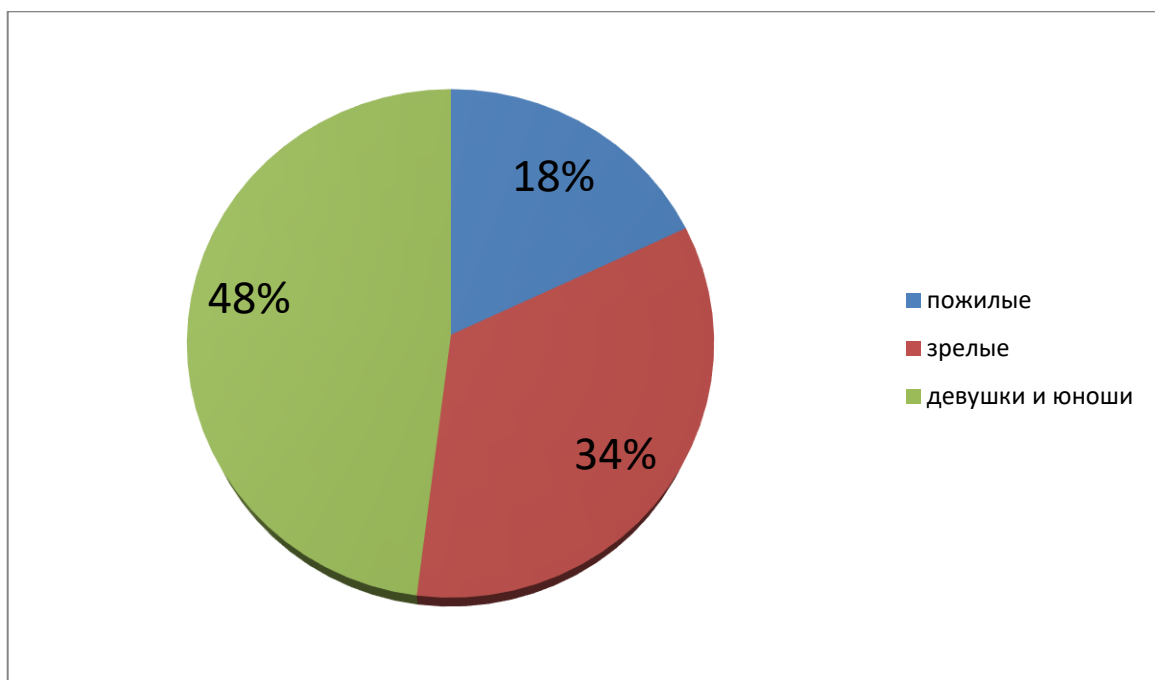


Рис.1.Возраст

Выявлено, что в рационе пациента преобладают следующие продукты питания: мясо 20% и молочные продукты питания 5%, сладости 11%, фрукты и овощи 4% и газированные напитки 20%, фаст-фуды 40% (рис.2).

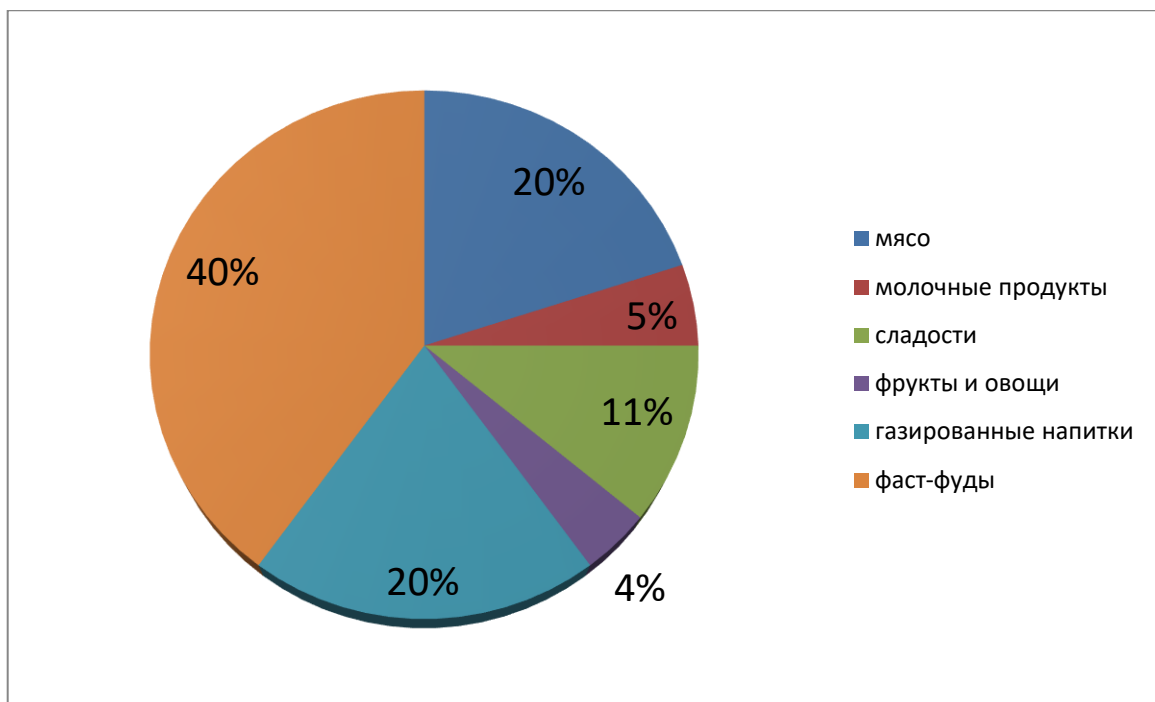


Рис.2. Продукты питания, часто употребляемые в пищу

Исследование сведений анкетирования позволило установить что пациенты имеют нарушения в соблюдении режима дня, которые презентованы в диаграмме (рис.3): 12 человек (63%) девушки и юноши имеют нарушения в соблюдении режима дня из-за повышенной перегрузки на работе; 5 человек (28%) не всегда соблюдают режим дня; 3 человека (9%) пожилые люди (рис.3).

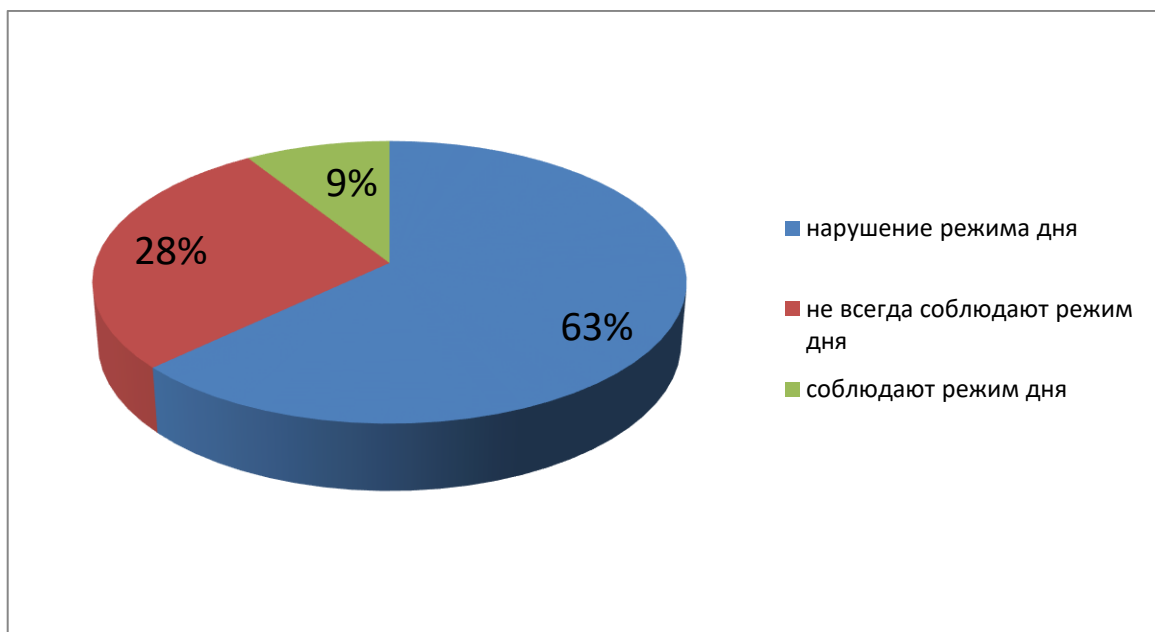


Рис. 3. Соблюдение режима дня

Из приобретенных сведений, можно выделить, что большая часть опрошенных придерживаются 4-5 разового питания (20%). Вместе с этим, существенная часть пациентов питаются беспорядочно (47%). (33%) опрошенных питаются 2-3 раза в день (рис.4).

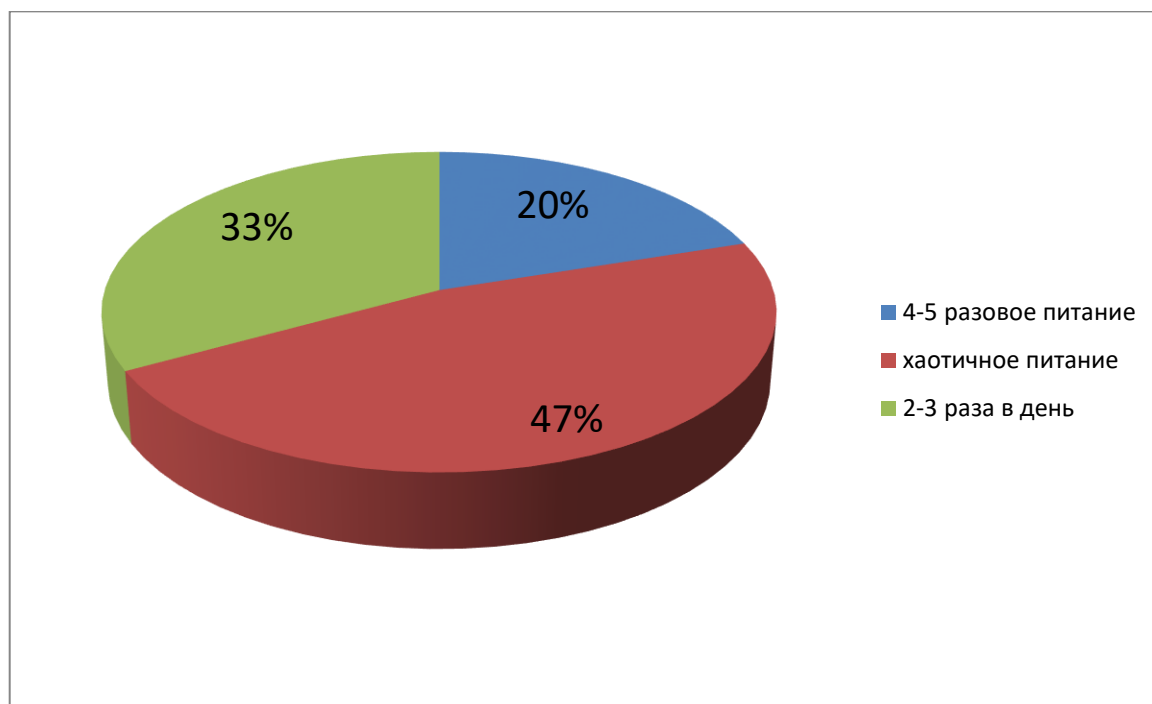


Рис. 4. Кратность приема пищи

Выявлено, то что боли в животе у испытывающих страдания хроническими заболеваниями кишечника, никак не связаны с приемом пищи – 24%, мгновенно после еды (через 20-30 минут) – 30%, через 1,5 – 2 часа после приема пищи – 26% и ночные боли – 20% (рис.5).

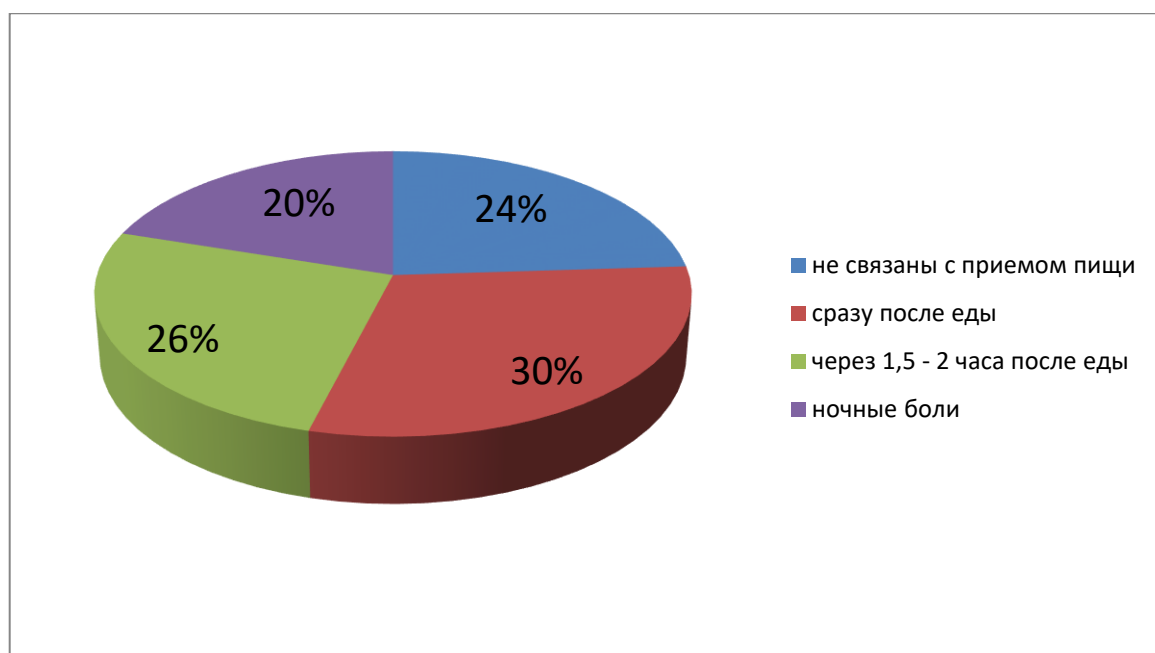


Рис.5. Боли в животе

Анализ сведений позволил установить проблемы пациентов с хроническими заболеваниями кишечника, которые представлены:

1. Напряжение, переживание, волнение и беспокойство – 14 человек, что составило 69%;

2. Недостаток знаний и способностей ухода (порядок, принципы приема лекарственных средств, питание, индивидуальная гигиена, психоэмоциональное воздействие и помощь) – 6 человек – 31%;

3. Недостаток познаний о заболевании (его причинах, факторах риска, ходе, лечении и профилактики) – 3 человека – 18%;

4. Проблемы в организации ухода (порядок, рацион) – 3 человека – 13%;

5. Неготовность выполнять рекомендации медперсонала стационара – 1 человек – 5%.

Согласно сведениям анкетирования 74,5% пациентов имеют необходимость в дополнительных данных. Источниками для получения данных пациенты считают 25% беседа с врачом, 10% беседа с медсестрой, 5% памятки, 45% сеть интернет - источников, 15% литература (рис.6).

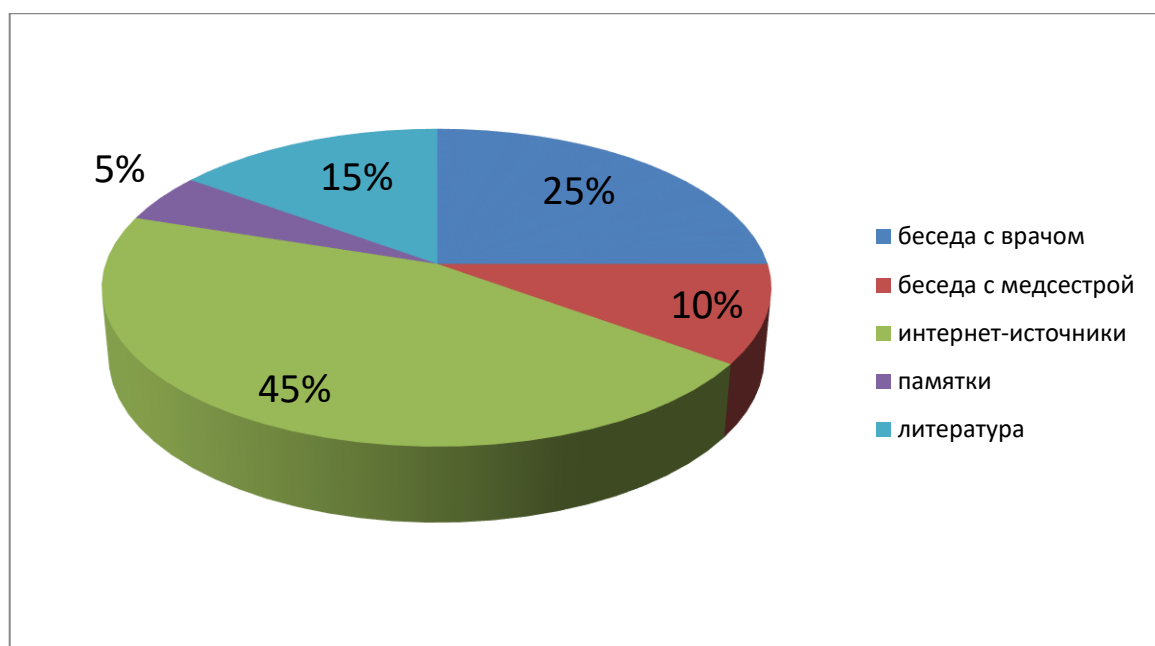


Рис. 6. Структура источников информации

В основе проделанного социологического изучения, можно выделить, что пациенты с хроническими заболеваниями кишечника подлежат пожизненному диспансерному наблюдению и никак не снимаются с учета.

Реабилитация пациентов с заболеваниями органов пищеварения направлена на закрепление лечебного эффекта, индукцию и стабилизацию ремиссии, вторичную профилактику рецидивов и хронизации действий, многофункциональное восстановление органов. В восстановительном лечении пациентов с хроническими заболеваниями кишечника большое количество общих положений: лечебное питание, прием минеральных вод, санаторно-курортная терапия на бальнеологических курортах.

Данное исследование проводилось с целью улучшения качества жизни пациентов с хроническими заболеваниями кишечника. Вывод: методические советы для пациентов обязаны быть ориентированы на предотвращение появления острых заболеваний кишечника, обязаны основываться на устранении этиологических факторов, вызывающих патологию кишечника. Принимая во внимание данный перечень мероприятий по профилактике хронических заболеваний кишечника можно разделить на две категории:

1. Мероприятия социальной профилактики.

2. Мероприятия персональной профилактики.

Совокупность мероприятий автосанитарного надзора, направленных на защиту населения от приема недоброкачественных пищевых продуктов это первая группа. Надзор за системой общественного питания играет важную роль в данном перечне: правильное приготовление пищи, опрятность кухонной посуды и кухонного белья, мероприятия предохраняющие энтеробактериальную контаминацию готовых блюд и сырья.

В первую очередь, в основе персональной профилактики хронических заболеваний кишечника лежит разумное питание. Пищевой рацион обязан являться полноценным, включать в себя достаточное количество белков, жиров, углеводов и витаминов. Завтрак, обед и ужин обязаны проходить в конкретное время. Ужинать необходимо не позднее, чем за 4 часа до сна.

Переядания (в особенности перед сном), длительных интервалов между приемами пищи, сухоядения, поспешной еды «на ходу» следует избегать.

Существенное значение, иметь отказ от очень горячей либо слишком холодной пищи, от употребления жирных, копченых, пряных, а кроме того недоброкачественных и трудноперевариваемых продуктов питания. Необходимо не забывать, что табакокурение и спиртные напитки способствуют формированию заболеваний кишечника.

Необходимо придерживаться правил гигиены при приготовлении пищи. Следует тщательно мыть овощи и фрукты; хорошо прожаривать либо проваривать рыбу либо мясо. Данные элементарные мероприятия предохраняют заражение пищевых продуктов патогенными микроорганизмами. Пищу желательно готовить на один день. Продукты питания обязаны храниться в прохладном месте, лучше – в холодильнике.

Санитарно-просветительная деятельность и объяснение значимости соблюдения гигиены питания среди населения представляет значительную роль в профилактике хронических заболеваний кишечника.

Необходимо своевременное лечение кариозных зубов и предотвращение источников хронической инфекции.

Тщательное пережевывание пищи имеет существенную значимость, которое невозможно без высококачественного и оперативного протезирования зубов в случае их потери.

Не следует применять лекарственные средства, вызывающие диспепсические расстройства. В определенных вариантах получается увеличить персональную толерантность к пищевым продуктам посредством постепенного увеличения их количества в рационе.

Необходимо остерегаться всего, что оказывает отрицательное воздействие на секреторную и моторную работу кишечника (физиологические и нервно-психические переутомления, неприятности и негативные эмоции).

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Кишечник человека – это самый длинный его орган, состоящий из большого количества отделов. В соответствии с этим патологические процессы, в этом количестве, и воспаления кишечника, могут происходить в каждой его части. Хронический энтерит - заболевание тонкой кишки, которое формируется в следствии дистрофии, воспаления либо атрофии слизистой оболочки. В некоторых случаях может в большей степени поражаться тощая либо подвздошная кишка. Хронический колит - воспалительное заболевание толстого кишечника. Это одно из наиболее зачастую встречающихся заболеваний системы пищеварения, нередко сочетающееся с воспалительным поражением тонкой кишки.

Фактором хронических заболеваний кишечника может являться высококачественное неполноценное питание (в особенности недостаток белка, железа и витаминов); продолжительный неконтролируемый прием медикаментов, обладающих раздражающим воздействием на слизистую оболочку кишечника; производственные вредности (соединения свинца, угольная, металлическая пылеобразование и др.); заболевания, вызывающие кислородное голодание тканей (хроническая недостаточность кровообращения, малокровие); интоксикации при заболевании почек и подагры; воздействие токсинов при инфекционных заболеваниях.

Для достижения установленной цели решались последующие задачи:

Проведен общетеоретический анализ сведений по проблеме хронических заболеваний кишечника.

Определена значимость сестринского персонала в организации и проведении профилактики и реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями кишечника.

Проведено анкетирование пациентов колопроктологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»,



на основании которого разработана программа реабилитации пациентов с хроническими заболеваниями кишечника с последующей частичной реализацией.

В результате проведенного исследования, были сделаны следующие выводы:

Предрасполагающими факторами служит продолжительное регулярное несоблюдение данного режима и характера питания, злоупотребление спиртным, табакокурением, применение лекарственных препаратов (в первую очередь ненаркотических анальгетиков), хронические инфекции и болезни органов пищеварения (холецистит, энтероколит), нарушения обмена веществ при сахарном диабете, подагре и др. В патогенезе болезни играют роль несоблюдение секреторной и моторной функции кишечника, в последующем формируется воспалительные и дистрофические перемены, атрофия желудочных желез.

Диагноз хронических заболеваний кишечника способен быть определен только лишь при морфологическом исследовании биоптатов с оценкой выраженности воспаления (поверхностные, глубокие), уровни атрофии желез (не имеется, частичная, полная), метаплазии – изменения слизистой оболочки кишечника; с поддержкой специализированных исследований в биоптатах формируется присутствие *H.pylori*.

Таким образом, при лечении хронических заболеваний кишечника используют диетотерапию, лекарственную терапию, витамины. Важным способом лечения хронических заболеваний кишечника считается особая гимнастика. Она способна проявить воздействие на нервно-гуморальную регуляцию пищеварения, стимулировать кровообращение в брюшной полости и малом тазу, укрепить мышцы брюшного пресса, содействовать нормализации секреторной, движковой и всасывательной функции, проявить положительное воздействие на психоэмоциональную область, а кроме того предотвращает застойные явления в брюшной полости и содействует формированию функции

абсолютного дыхания, мастерски применять преимущества диафрагмального дыхания при данной патологии.

Но следует не забывать, что активные физические перегрузки проявляют подавляющее действие на пищеварение, поэтому при хронических заболеваниях кишечника представлены небольшие физиологические нагрузки. Лечебная физическая культура используется в фазе затухания обострения и фазе ремиссии. В острой фазе и при осложнениях занятия лечебной физической культурой обязаны быть прекращены.

Только общими стараниями возможно достичь повышения уровня оказания помощи пациентам с хроническими заболеваниями кишечника и повышением качества их жизни.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Маколкин, В.И. Сестринское дело в терапии: ООО «Медицинское информационное агенство» [Текст] / В.И Маколкин, С.И. Овчаренко, Н.Н. Семенов. - М.: 2008. - 544 с
2. Михеева, Е.В. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебное пособие [Текст] / Е.В Михеева. - М.: Проспект, 2010. - 448 с.
3. Михеева, Е.В. Практикум по информатике: учеб. пособие для студ. учреждений сред. проф. образования. 8 изд., стер. [Текст] / Е.В. Михеева. - М.: Издательский центр «Академия», 2011. - 192 с.
4. Верткин, А.Л. «Скорая помощь» руководство для фельдшеров и медсестер ЭКСМО [Текст] / А.Л. Верткин - Москва 2010 г.
5. Ширикова, Н.В. Основы сестринского дела (Алгоритмы манипуляций по сестринскому делу) /Учебное пособие - 2-е изд., испр. И доп. [Текст] / Н.В. Ширикова, И. В. Островская - М.: «АНМИ», 2007. - 110 с.
6. Шапкин, В.Е. - Справочник по терапии с основами реабилитации [Текст]/ В.Е. Шапкин, А.А. Заздравнов, Л.Н. Бобро.- М.: - Феникс - 2007. - 275 с.
7. Вебер, В.Р. Основы сестринского дела [Текст] / В.Р. Вебер, Г.И. Чуваков, В.А. Лапотников. – М.: Медицина, 2001. – 452 с.
8. Малая медицинская энциклопедия [Текст]: в 6 т. / под ред. В.И. Покровского, 2009. – 515 с.
9. Пинегин, Б.В. Дисбиозы кишечника. [Текст] / Б.В. Пинегин, В.Н. Мальцев, В.М. Коршунов, - М., 2004. – с. 6-8.
10. Тульчинская, В.Д. – Сестринское дело в педиатрии (Среднее медицинское образование) [Текст] / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова–М.: 2015. – с. 152-155.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

Анкета для пациентов колопроктологического отделения ОГБУЗ  
«Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Уважаемые пациенты!!!

Данное анкетирование проводится с целью увеличения эффективности излечения и профилактики хронических заболеваний кишечника у пациентов, в которой вы и ваши члены семьи могут увеличить собственные познания и сформировать умения с целью усовершенствования своего состояния.

Заполняется тест-анкета АНОНИМНО и просто: в основной массе случаев достаточно обвести кружочком соответствующую цифру, напротив ответа, который сходится с вашим мнением.

1. Возраст пациента \_\_\_\_\_
2. Пол мужской/женский
3. Как давно вы страдаете хроническими заболеваниями кишечника:
  - 3.1 Выявлена в первый раз в настоящее время
  - 3.2 Длительность заболевания около 1 года
  - 3.3 Длительность заболевания 2-5 лет
  - 3.4 Длительность заболевания более 5 лет
  - 3.5 Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_.
4. Вы житель:
  - 4.1 Сельской местности
  - 4.2 Города

5. Из упомянутых продуктов питания выделите основные продукты питания, которые вы употребляете в пищу:

5.1 Мясо

5.2 Молочные продукты

5.3 Фрукты и овощи

5.4 Сладости

5.5 Продукты быстрого приготовления

5.6 Газированные напитки

6. Сколько раз в день вы принимаете пищу?

6.1 1-2 раза в день

6.2 2-3 раза в день

6.3 3-4 раза в день

7. Боли в животе:

7.1 Не связаны с приемом пищи

7.2 Сразу после приема пищи

7.3 Через 1,5-2 часа после приема пищи

7.4 Ночные боли

8. Ваши проблемы:

8.1 Переживание, волнение и тревога

8.2 Недостаток познаний и навыков ухода (порядок, принципы приема лекарственных средств, питание, индивидуальная гигиена, психоэмоциональное воздействие и поддержка)

8.3 Недостаток знаний о данном заболевании (его обстоятельствах, факторах риска, ходе, лечении и профилактике)

8.4 Проблемы в организации ухода (порядок, рацион)

8.5 Неготовность выполнять рекомендации медперсонала стационара

9. Источник получения информации о данном заболевании:

9.1 Беседа с врачом

9.2 Беседа с медсестрой

9.3 Памятка

9.4 Интернет – источники

9.5 Литература