

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ЦЕНТРА  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

Дипломная работа студентки

очно-заочной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051581  
Олару Алины Сергеевны

Научный руководитель  
преподаватель Дегальцева Г.А.

Рецензент  
Главная медицинская сестра  
ОГБУЗ «Белгородская областная  
клиническая больница Святителя  
Иоасафа» Гиенко Г.И.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ .....	7
1.1. Виды и принципы реабилитации.....	7
1.2. Фазы реабилитации.....	10
1.3. Этапы медицинской реабилитации .....	11
1.4. Мультидисциплинарные бригады .....	13
1.5. Организация работы учреждений по реабилитации пациентов .....	15
1.6. Роль медицинской сестры отделений реабилитации и восстановительной медицины.....	18
ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.....	20
2.1. Материалы и методы .....	20
2.2. Результаты исследования .....	22
2.3. Выводы по результатам исследования.....	30
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	31
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	33
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	35

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность темы исследования.**

Медицина направлена на сохранение здоровья, лечение болезней, продление жизни людей. Кроме того, цель её заключается и в том, чтобы сделать жизнь любого человека активной, максимально продлить его трудоспособность.

Восстановительная медицина как отдельное направление медицинской науки и практики появилось в России относительно недавно - в середине 90-х годов двадцатого столетия. Точкой отсчета можно считать 1993 год, когда в ММА им. И.М.Сеченова на факультете последипломного образования врачей была создана первая кафедра восстановительной медицины в России.[4]

Целью восстановительной медицины как молодого медицинского направления в здравоохранении является создание комплексной системы, которая обеспечивает процессы формирования, активного сохранения и восстановления утраченных функциональных сил, активизация резерва организма человека, реализацию всего потенциала здоровья для ведения полноценной профессиональной, социальной и личной жизни, замедления темпов старения, преждевременной заболеваемости, смертности, инвалидизации населения, увеличение средней продолжительности и повышение качества жизни, улучшение демографических показателей в стране.

В системе практической медицины восстановительная медицина является разделом специализированной медицинской помощи и включает в себя оценку функциональных резервов организма (адаптивных возможностей), разработку и воплощение в жизнь индивидуальных программ оздоровления или медицинской реабилитации на базе комплексного применения лекарственной терапии и не медикаментозных методов (лечебной физкультуры, физиотерапии, массажа, психотерапии, лечебного и профилактического питания, мануальной терапии, рефлексотерапии и других

направлений классической медицины). С целью реализации единого понимания организации медицинской помощи по восстановительной медицине используются понятия:

«восстановительная медицина» — это система медицинской деятельности, направленная на диагностику функциональных возможностей и резервов организма, сохранение и восстановление здоровья человека с помощью медицинской реабилитации и оздоровления; [6]

Реабилитация - от латинского “habilis” - способность, “rehabilis” - восстановление способности.

Медицинская реабилитация»— комплекс диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, которые направлены на восстановление или компенсацию нарушенных функций человеческого тела и трудоспособности после перенесенных тяжелых заболеваний, травм и операций.

Таким образом, реабилитация представляет собой направление, задачей которого является предотвращение вероятности инвалидности человека в период лечения заболевания и в значительной мере профилактика осложнений и ухудшения состояния здоровья. По определению экспертов ВОЗ, реабилитация - это процесс, цель которого - предупреждение инвалидности в ходе лечения заболевания и помощь пациенту в достижении наибольшей физической, профессиональной, психической, социальной и экономической полноценности, которая будет возможна в рамках конкретного заболевания.

Эффективная реабилитация требует интеграции различных знаний, она открывает новые направления для пересмотра многих теоретических и практических положений в медицине.

Немаловажная роль в процессе реабилитации и восстановления здоровья пациентов отводится среднему медицинскому персоналу. Медицинские сестры не только обеспечивают уход за больным, но и проводят физиотерапевтические процедуры, массаж, ЛФК, обучение принципам самоухода и многое другое. [21]

**Таким образом, цель** исследования: изучить профессиональную деятельность медицинской сестры центра восстановительной медицины.

Для достижения цели были поставлены следующие **задачи**:

-по данным литературы, изучить основные принципы и виды медицинской реабилитации,

-узнать особенности организации и работы отделений медицинской реабилитации и восстановительной медицины,

-провести собственное исследование по теме работы

-сделать выводы по результатам исследования и разработать методические материалы.

**Объект исследования:** пациенты, нуждающиеся в медицинской реабилитации и восстановительном лечении

**Предмет исследования:** особенности профессиональной деятельности медицинской сестры отделения восстановительной медицины.

**Методы исследования.** В работе применялись теоретические методы: анализ литературных источников информации по теме исследования, обобщение, сравнение, конкретизация и систематизация информации.

В практической части исследования были применены эмпирические методы – наблюдение, анкетирование.

Для обработки и интерпретации материалов исследования были использованы методы математической статистики.

**Новизна** работы заключается в том, что впервые исследование проводится на базе Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа

**Теоретическая значимость выпускной квалификационной работы** определяется тем, что она содержит новые разработки теоретических положений по реабилитации и восстановительному лечению пациентов с различными заболеваниями.

**Практическая значимость работы** заключается в том, что материал может быть использован студентами медицинских колледжей при

подготовке к практическим занятиям по исследуемой теме, а также практикующими медицинскими сестрами и врачами в своей повседневной работе.

# ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЕ

## 1.1. Виды и принципы реабилитации

Исходя из разнообразных задач реабилитации, её условно разделяют на так называемые виды или направления реабилитации: медицинский, психологический, физический, социально-экономический и профессиональный.

**Медицинский аспект реабилитации** включает комплекс лечебных мероприятий, которые направлены на восстановление утраченных и развитие физиологических функций пациента, на выявление компенсаторных возможностей его тела для того, чтобы обеспечить в будущем благоприятные условия для возвращения его к активной повседневной жизни. Этот вид реабилитации тесно связан с лечебными мероприятиями в течение всего периода наблюдения за пациентом и включает в себя вопросы максимально ранней госпитализации, назначения лекарственных средств, а позднее – после возвращения пациента к трудовой деятельности – организации активного регулярного диспансерного наблюдения и систематического профилактического лечения, в том числе и проведение вторичной профилактики.[12]

Это наиболее важная часть реабилитации, поскольку без нее невозможны ни социальная, ни профессиональная реабилитация.

Медицинская реабилитация играет крайне важную роль, особенно в области травматологии, неврологии, когда пациент после серьезных заболеваний и травм утрачивает самые простые навыки и способности. Реабилитация кроме того направлена на восстановление мышечной силы пациента, а также снижение риска повторного заболевания или развития осложнений. Необходимость в медицинской реабилитации возникает после любого перенесенного тяжелого заболевания. В первую очередь это касается неврологических, кардиологических, травматологических и нейрохирургических областей. При этом пациент может отправиться на

реабилитацию не только с целью восстановления нормального функционирования всех систем организма, но и для предотвращения развития осложнений после заболевания и снижения риска рецидива.

**Физический аспект реабилитации** направлен на восстановление и поддержание физической работоспособности пациентов, что достигается рациональной и ранней активизацией пациентов, своевременным назначением лечебной гимнастики, затем физкультуры, дозированной ходьбы, а в более позднем восстановительном периоде – физических тренировок.

**Психологический аспект реабилитации.** Изучение особенностей и степени выраженности психических нарушений психики, которые часто развиваются при тяжелых заболеваниях, и своевременная их коррекция – одна из главных задач данного направления реабилитации.

**Профессиональный аспект реабилитации.** Вопросы трудоустройства, профессионального переобучения и обучения, определение степени трудоспособности пациентов составляют предмет профессионального направления реабилитации.

**Социально-экономический аспект реабилитации** включает вопросы взаимоотношений пациента и общества, пациента и семьи, пенсионного обеспечения.[19]

Общие **показания** к медицинской реабилитации изложены в докладе ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации (1983).

К ним относятся:

- выраженное снижение функциональных способностей;
- понижение способности к обучению;
- особая подверженность воздействиям внешней среды;
- нарушения социальных отношений;
- нарушения трудовых отношений.

**Противопоказаниями** к проведению реабилитационных мероприятий являются:



- сопутствующие воспалительные и инфекционные заболевания в острой фазе,
- соматические и онкологические болезни в стадии декомпенсации,
- выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, которые затрудняют общение и возможность активного участия пациента в процессе реабилитации. [14]

Основными **принципами** успешной реабилитации являются:

- раннее начало - реабилитация должна проводиться с момента госпитализации пациента;
- непрерывность и преемственность на всех периода реабилитации;
- индивидуальность - при разработке программы реабилитации следует учитывать пол, возраст и профессию больного, его двигательный опыт, особенности заболевания и функциональные возможности пациента;
- применение методов контроля степени адекватности нагрузок и эффективности процесса реабилитации;
- длительность, этапность – больные с учетом реабилитационного потенциала направляются в специализированные реабилитационные центры на этапную реабилитацию;
- комплексность (сочетание различных методик реабилитации);
- мультидисциплинарность;
- активное участие самого пациента и членов его семьи в реабилитации - сознательное и активное участие пациента в реабилитационном процессе нужно для создания благоприятного психо-эмоционального фона и правильного психологического настроения пациента, что повышает эффективность реабилитационных мероприятий;
- систематичность. Систематически используя различные средства реабилитации, происходит достаточное, наиболее оптимальное для каждого пациента воздействие, которое позволяет улучшать функциональное состояние организма пациента;

- социальная направленность. [11]

## **1.2. Фазы реабилитации**

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, процесс реабилитации можно разделить на три фазы: больничную (стационарную), стадию выздоровления и поддерживающую фазу. В каждой из этих фаз решаются различные задачи всех видов реабилитации.

**Больничная (стационарная) фаза реабилитации.** Главной целью этой стадии реабилитации является максимальное восстановление физического и психического состояния пациента настолько, чтобы он был готов к проведению дальнейшей реабилитации в санатории или при наличии противопоказаний – на дому. Задачи больничной фазы реабилитации, которая происходит в условиях кардиологического, неврологического или другого отделения стационара, решаются в рамках каждого из направлений реабилитации.

**Санаторная (вторая) фаза реабилитации.** После завершения больничной фазы реабилитации пациент должен быть подготовлен к выполнению объема программы фазы выздоровления, которая обычно проводится в реабилитационных центрах. Данная фаза реабилитации является по-сути границей между периодом, болезни, и возвращением пациента в семью, переход к активной деятельности.

Основная цель данной фазы реабилитации: подготовка пациента к активной жизни – возвращению в семью, к постепенной перестройке жизненного привычного уклада, изменению некоторых установок, к регулярному проведению профилактических мероприятий, включая вторичную профилактику. Задачи физического, психического и иных аспектов реабилитации в этой фазе решаются на новом по сравнению со стационарным этапом уровне.[7]

**Поддерживающая (третья) фаза реабилитации.** После завершения фазы выздоровления пациент вступает в третью фазу реабилитации, её целью

является поддержание наилучшего достигнутого в ходе реабилитации уровня физической работоспособности и психического состояния с некоторым её улучшением у ряда пациентов, завершение психологической реабилитации пациента уже в условиях возобновления его привычной социальной жизни.

Возможным фактором, обеспечивающим наибольшую эффективность реабилитации в целом, является применение принципа преемственности между разными фазами, это достигается путем занесения полной информации о физическом, клиническом и психологическом статусе пациента на каждом этапе реабилитации в медицинскую документацию - этапный эпикриз.[9]

### **1.3. Этапы медицинской реабилитации**

Рассмотрим подробнее аспекты и особенности медицинской реабилитации.

Задачи реабилитации, а также ее формы и методы меняются в зависимости от этапа.

На первом этапе, в раннем периоде заболевания в отделении проводятся:

- ранняя активизация больных;
- профилактика развития патологических процессов и осложнений, связанных с гипокинезией;
- постепенное восстановление активных движений.

С первых дней болезни проводятся такие реабилитационные мероприятия, как;

- пассивно-активная вертикализация;
- лечение положением (антиспастические укладки конечностей);
- активно-пассивные упражнения;
- избирательный, вибрационный массаж;

В процессе реабилитации важное место отводится лечебной физкультуре, проводят ее с 1-3 дня развития болезни (если нет прогрессирования неврологических, кардиологических нарушений и соматических противопоказаний).

Занятия проводит инструктор — методист по лечебной физкультуре на специальных тренажерах. Применяются тренажеры активного и пассивного действия.

В восстановительное и реабилитационное лечение следует включать физические факторы, которые начинают применять очень рано, с первых дней от начала болезни. В остром периоде заболевания физиолечение имеет два направления:

- лечение основного патологического состояния;
- предупреждение развития осложнений, связанных с общим тяжелым состоянием пациента и длительным обездвиживанием.

Для решения данных задач используются методики: прессотерапии, магнитотерапии, ингаляционной терапии, электростимуляции, воздействие электростатическим полем. [1]

Каждому больному подбирается индивидуальный комплекс реабилитационных мероприятий в зависимости от:

- тяжести исходного состояния; - наличия сопутствующей патологии и осложнений;
- особенностей течения данного заболевания и сопутствующих патологий.

При составлении индивидуальной программы реабилитации следует учитывать общие противопоказания и противопоказания к конкретным видам физиотерапии.

Все мероприятия реабилитации нужно проводить на фоне рационально организованного ухода за больным.

Питание, поддержание личной гигиены пациентов, и другие мероприятия ухода осуществляется под контролем и при участии палатной медицинской сестры.[17]

#### **1.4. Мультидисциплинарные бригады**

На современном этапе развития медицины задачи реабилитации наилучшим образом обеспечиваются мультидисциплинарной бригадой (МДБ). В состав МДБ должны входить врач-невролог, инструктор ЛФК, кинезиотерапевт, физиотерапевт, логопед, эрготерапевт, психолог, медицинская сестра, специально обученная основным методам реабилитации. Важно включать в бригаду социального работника и диетолога.

Координатором работы является врач профильного заболевания – травматолог, невролог, кардиолог и пр., прошедший специальную подготовку по направлению медицинской реабилитации. [8]

Кинезиотерапевтом является врач или методист ЛФК, прошедший специальную подготовку по реабилитации. В работе ему помогают инструкторы ЛФК. В должностные обязанности кинезиотерапевта входит разработка и проведение индивидуального комплекса ЛФК, осуществление консультативных мероприятий ухаживающим по созданию оптимального положения пациента в постели, обучение больного и его родственников методам правильного пересаживания, вертикализации, решение вопросов по использованию вспомогательных приспособлений.

Упражнения проводятся в положении лежа на спине, боку, животе, сидя, стоя на ногах с опорой и без, а также включают разработку функции ходьбы с опорой и без

Основная задача логопеда - оценка состояния речевой функции, проведение занятий по восстановлению речи при дизартрии и афазии при травмах головы или неврологических заболеваниях. Кроме того, этот специалист должен осуществлять оценку функции глотания, обучение

пациента методам преодоления нарушения глотания, подбор типа питания при наличии у пациента дисфагии.

Задача психологов в рамках реабилитационного лечения состоит в применении методов преодоления психологических последствий заболевания и психических расстройств. [13]

Особое внимание уделяется следующим нарушениям:

- общему снижению интеллектуально - мнестических функций; (при травмах и неврологических заболеваниях)
- эмоциональным расстройствам и страху;
- нарушениям восприятия боли;
- семейным проблемам на почве заболевания; нереальным ожиданиям от лечения;
- истерическим реакциям на лечебные процедуры;
- психологической помощи родственникам больного.

Психотерапия может проводиться индивидуально или в группах. Самые важные психотерапевтические методы: психодинамическая, поддерживающая, поведенческая и семейная терапия. [3]

Эрготерапевтом может работать специально обученный врач-невролог или прошедший специальную подготовку врач лечебной физкультуры. Цель работы эрготерапевта— максимальная социальная и бытовая адаптация пациента.

К задачам эрготерапии относят:

- оценку функциональных возможностей пациента при первом осмотре и в последующем в динамике;
- постепенное восстановление привычной ежедневной активности;
- разработку мелкой моторики;
- подбор специальной техники, облегчающей жизнедеятельность пациента.

Таким образом, ранняя реабилитация и мультидисциплинарный подход обеспечивают снижение количества осложнений, следовательно, тяжести

заболеваний, летальности, а также затрат на медикаментозное лечение. Кроме того, МДБ улучшают функциональные исходы, уменьшают необходимость в повторной госпитализации, а значит, затраты по уходу за больными.

Обучение больного и его близких методам восстановления, ухода и вторичной профилактики значительно снижает уровень психо-эмоциональных и физических перегрузок в семье.

Ведение больных МДБ экономит рабочее время, повышает эффективность лечения, предупреждает развитие осложнений, не требует значительных финансовых затрат, экономит средства за счёт сокращения применения дорогостоящих препаратов при лечении осложнений. [20]

### **1.5. Организация работы учреждений по реабилитации пациентов**

За границей ключевым учреждением реабилитации и восстановительной медицины пациентов являются специализированные многопрофильные и смешанные (для амбулаторных и стационарных пациентов) центры реабилитации, которые организуются в стационарных и амбулаторных учреждениях по месту жительства, в центрах здравоохранения, дневных клиниках, дневных профилакториях и др.

Создаются специальные реабилитационные консультации, станции восстановительного лечения, организуются реабилитационные группы пациентов на дому. К участию в реабилитации активно привлекается местное население. В таком контексте реабилитационные мероприятия зачастую выходят за рамки деятельности учреждений здравоохранения. [2]

Наиболее частыми формами организации восстановительной медицины и медицинской реабилитации являются центры медицинской реабилитации (ЦМР) и реабилитационные отделения многопрофильных стационаров, санаториев или поликлиник. К разновидностям центров реабилитации относятся: межрайонные центры реабилитации (ЦР), моно - и

многопрофильные, общие (амбулаторные или стационарные) ЦМР, профильные специализированные ЦМР на базе головных НИИ; центры профессиональной реабилитации; комбинированные центры медицинской и профессиональной реабилитации. В крупных городах одной из моделей организации медицинской реабилитации является трех- или четырехступенчатая система, составными компонентами которой являются: специализированная скорая медицинская помощь, специализированное профильное отделение стационара, стационарное и поликлиническое отделение медицинской реабилитации. Например, при организации медицинской реабилитации пациентам с травмами опорно-двигательной системы наиболее подходит четырехступенчатая система реабилитации: специализированная травматологическая бригада скорой медицинской помощи, затем - травматологический стационар, на третьем этапе - стационарное реабилитационное отделение травматологических больных и, позднее, реабилитационное отделение поликлиники.

В настоящее время имеются предложения создания больниц медицинской реабилитации, которые объединяют профильные заболевания, последствия которых требуют похожего комплекса реабилитационных мероприятий. Помимо больниц могут создаваться специализированные отделения, например, кардиологическое, в составе больших многопрофильных больниц, которые имеют возможность обеспечить необходимым комплексом медицинской реабилитации.

Одной из форм организации медицинской реабилитации является размещение отделений восстановительной медицины в стационарах курортных и санаторных городов для использования имеющихся природных лечебных факторов, а также более активное использование местных санаториев для реабилитационных целей. [5]



## **Организация работы отделения медицинской реабилитации и восстановительной медицины:**

Задачами отделений медицинской реабилитации и восстановительной медицины являются:

- психологическая подготовка пациента к возвращению в социум и к возобновлению трудовой деятельности, устранение нарушений психики, вызванных заболеванием или травмой;

- воздействие с помощью лекарственных средств и немедикаментозных методов лечения на обменные процессы организма, на повышение естественной устойчивости организма к болезням и улучшение иммунитета, стимуляция консолидации переломов, профилактика образования спаек и обширных рубцов, восстановление нормального кровообращения и иннервации в поврежденном участке, ускорение процессов регенерации, улучшить приспособляемость организма при необратимых изменениях, вызванных заболеванием или травмой;

- обучение пациента элементам самообслуживания (в поликлинике или на дому), подготовка и обучение больного передвижению на улице, пользованию самостоятельно общественным транспортом, привлечение пациентов к труду в коллективе, восстановление утраченных профессиональных навыков с учетом прошлой профессиональной деятельности и настоящих физических возможностей больного;

- оказание социальной помощи пациенту (трудоустройство на прежнее месте работы, профессиональная адаптация, создание благоприятного климата в трудовом коллективе), подготовка по восстановлению квалификации в соответствии со специальностью человека. [10]

Эффективность комплексной медицинской реабилитации, её полноценность может быть достигнута только при активной жизненной позиции пациента и его осознанном участии в восстановительных мероприятиях, вере в успех проводимых мероприятий.

В комплексном восстановительном лечении широко используются методы физиотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры, иглорефлексотерапии, трудовой терапии, массажа, бытовой реабилитации и др.[18]

### **1.6. Роль медицинской сестры отделений реабилитации и восстановительной медицины**

Активное участие в деятельности отделения медицинской реабилитации принимает средний медицинский персонал.

Задачами медицинской сестры являются:

- подготовить пациента к лабораторным и инструментальным обследованиям по назначению врача;
- выполнять назначения врача по лечению, уходу и профилактике осложнений у пациентов;
- выявлять проблемы пациента и грамотно их решать;
- обучать родственников пациентов принципам ухода и общения.[16]

Работа с больными при длительной и стойкой потере трудоспособности требует особой деликатности, душевной теплоты, внимания и профессиональной подготовки медицинских работников.

Медицинские сестры кабинетов физиотерапии, массажа, инструктора лечебной физкультуры, бытовой реабилитации, трудовой трудотерапии являются непосредственными исполнителями назначений врача и в своей работе руководствуются его методическими указаниями.

Палатные медицинские сестры, кроме выполнения лекарственных назначений, ведут контроль за своевременным прохождением больными физиотерапевтических процедур, занятий в кабинетах бытовой реабилитации и трудотерапии, лечебной физкультуры, массажа. Кроме этого, палатные медицинские сестры должны обеспечить нормальный микроклимат в палатах, в отделении, объяснить больным необходимость скрупулезного выполнения комплекса медицинской реабилитации.[15]

Таким образом, медицинская сестра играет важную роль в реабилитационном процессе, осуществляет непосредственный динамический контроль за состоянием пациента, являясь «связующим звеном» между пациентом, врачом и другими специалистами МДБ. Принимая активное участие в реализации реабилитационных мероприятий, медицинская сестра вносит неоценимый вклад в повышении качества реабилитации. Замена модели стандартной работы медицинской сестры в отделении на модель работы активным членом реабилитационной МДБ позволяет существенно повысить эффективность реабилитации пациента.

## ГЛАВА 2 ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 2.1. Материалы и методы

Учитывая, важную роль медицинских сестер в работе центров восстановительной медицины и реабилитации, мы решили изучить на практике одно из направлений их деятельности, а именно роль медицинской сестры в обучении родственников тяжелобольных пациентов основам ухода.

Исследование проводилось на базе Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа.

В исследовании приняло участие 50 человек, которые осуществляли постоянный уход за пациентами травматологического, хирургического и неврологического отделений в процессе лечения и реабилитации после различных заболеваний и травм.

На первом этапе на основе анкетирования мы проанализировали, кто в основном оказывает уход лежачим больным, какие манипуляции вызывают особое затруднение у родственников и каких знаний им не хватает.

На втором этапе проводилась оценка знаний родственников пациентов по основам медицинских знаний и правилам ухода за лежачими больными. Оценивался исходный уровень знаний на основе заранее подготовленных вопросов.

На третьем этапе была проведена санитарно-просветительская беседа по вопросам ухода и реабилитации пациентов после различных тяжелых травм и заболеваний. Родственникам пациентов был изложен материал, представленный в разработанных в ходе данного исследования методических рекомендациях «Памятках для родственников по уходу за пациентом» (Приложение 2). После этого респонденты ответили на вопросы теста повторно с целью оценки усвояемости материала.

Участие в анкетировании строго добровольное и анонимное.

Результаты исследования были систематизированы, обобщены и по результатам исследования сделаны выводы. Статистическая обработка данных проводилась в программе Microsoft Office Excel 2016.



## 2.2. Результаты исследования

В начале мы выяснили гендерный состав участников исследования. Среди них 72% женщин (36 человек) и 28% мужчин (14 человек) (рис. 1)

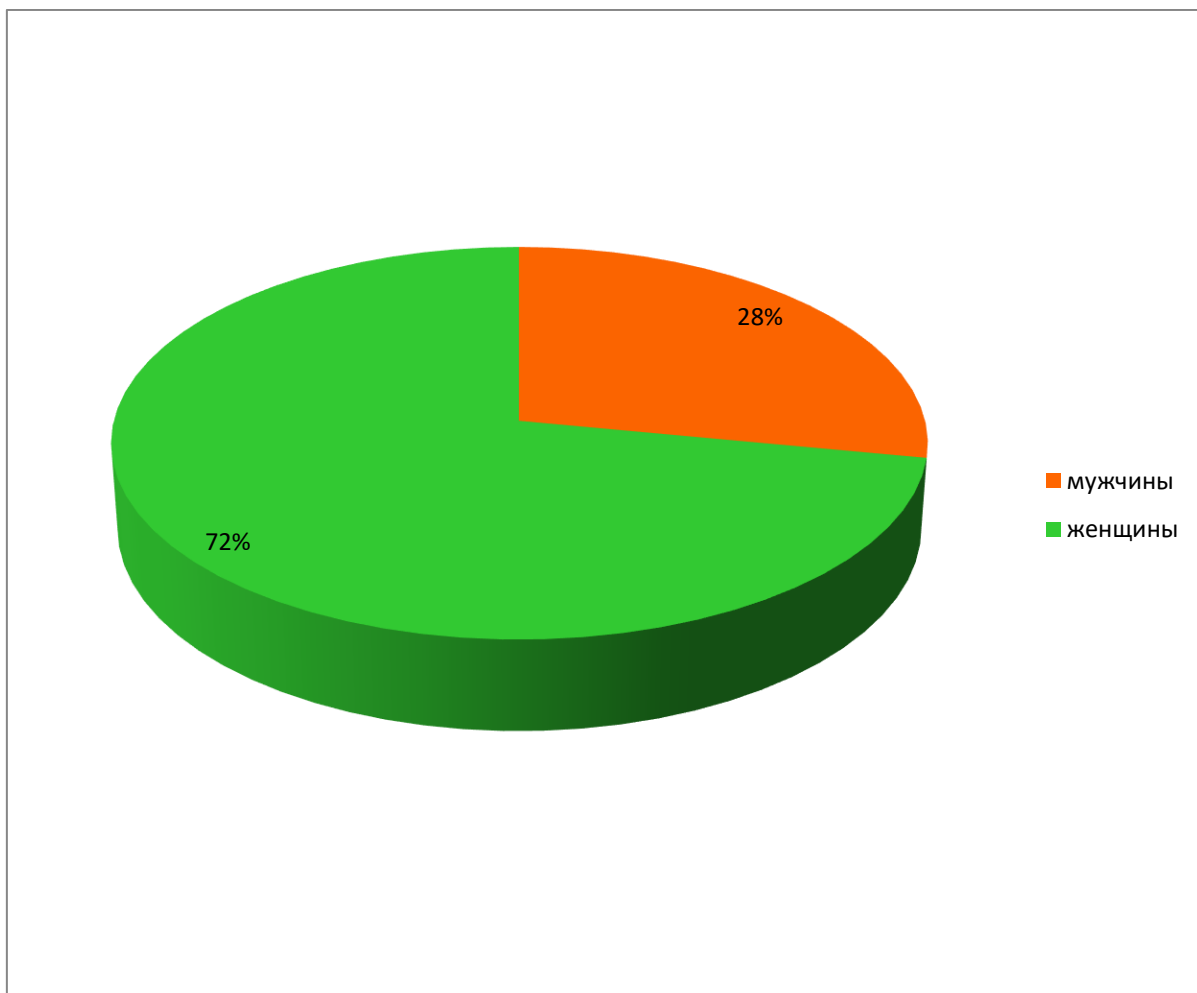


Рисунок 1. Соотношение мужчин и женщин среди респондентов

Согласно полученным данным, чаще всего уходом за тяжелобольными пациентами занимаются женщины.

Следующий вопрос анкеты был посвящен возрасту респондента.

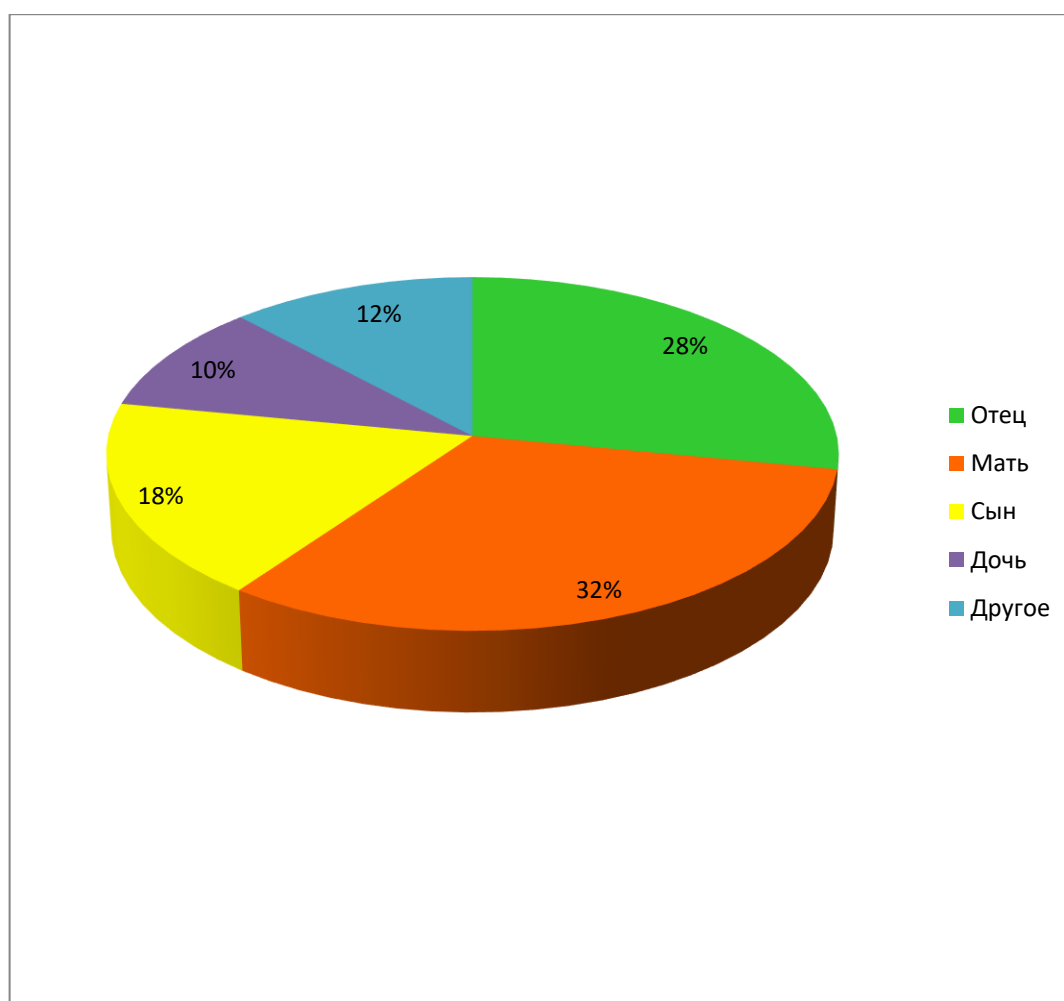
Возрастной состав опрошенных представлен в таблице 1.

**Таблица 1 - Возрастной состав респондентов**

<b>Возраст</b>	<b>Количество пациентов (в %)</b>
До 30 лет	10%
31-40 лет	18%
41-50 лет	28%
51-60 лет	32%
Более 60 лет	12%

Большая часть опрошенных относится к возрастной категории от 40 до 60 лет.

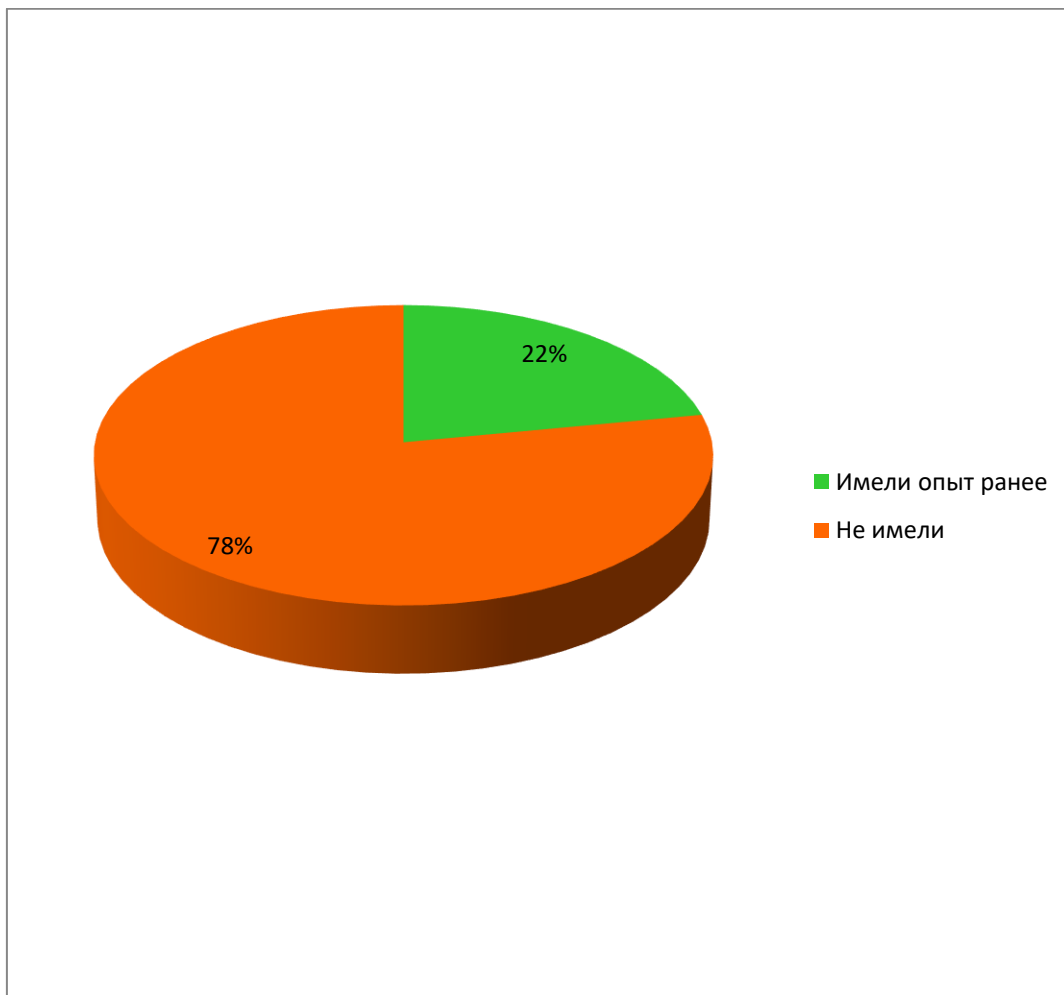
Далее мы выяснили родственные отношения между опрошенными и пациентами, нуждающимися в уходе. (рис. 2)



**Рисунок 2-Родственные отношения между участниками исследования и пациентами, нуждающимися в уходе**

Согласно полученным данным чаще всего уход осуществляют дети за своими тяжелобольными родителями.

Следующий вопрос был посвящен наличию у родственников опыта ухода за тяжелыми больными. (рис. 3)

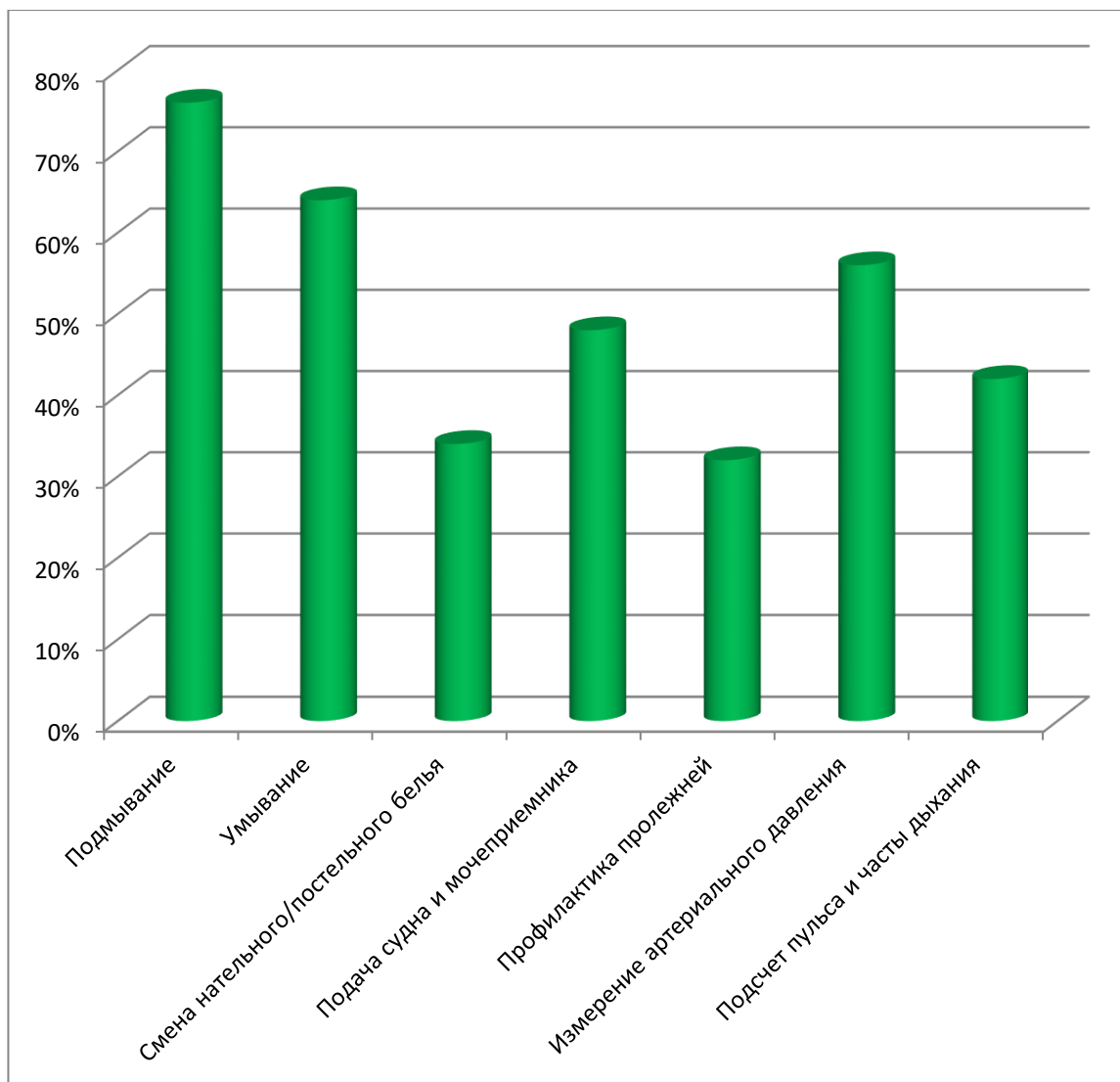


**Рисунок 3 – Опыт ухода за тяжелыми пациентами**

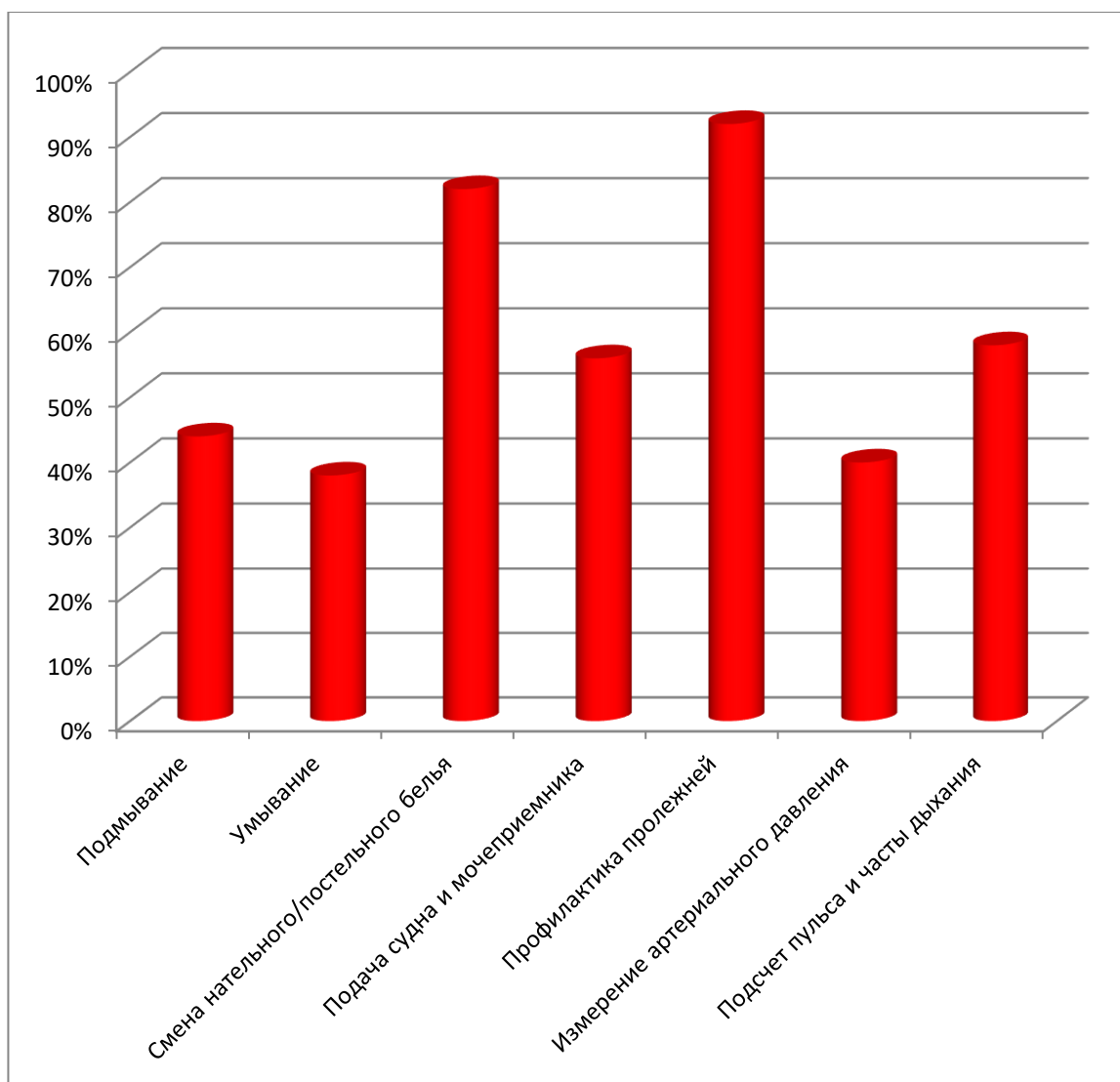
По результатам диаграммы видно, что менее четверти опрошенных имели опыт ухода за тяжелобольными пациентами в прошлом.

Далее мы попросили оценить участников исследования, какие манипуляции по уходу они умеют выполнять, а каким хотели бы научиться. (рис. 4-5)





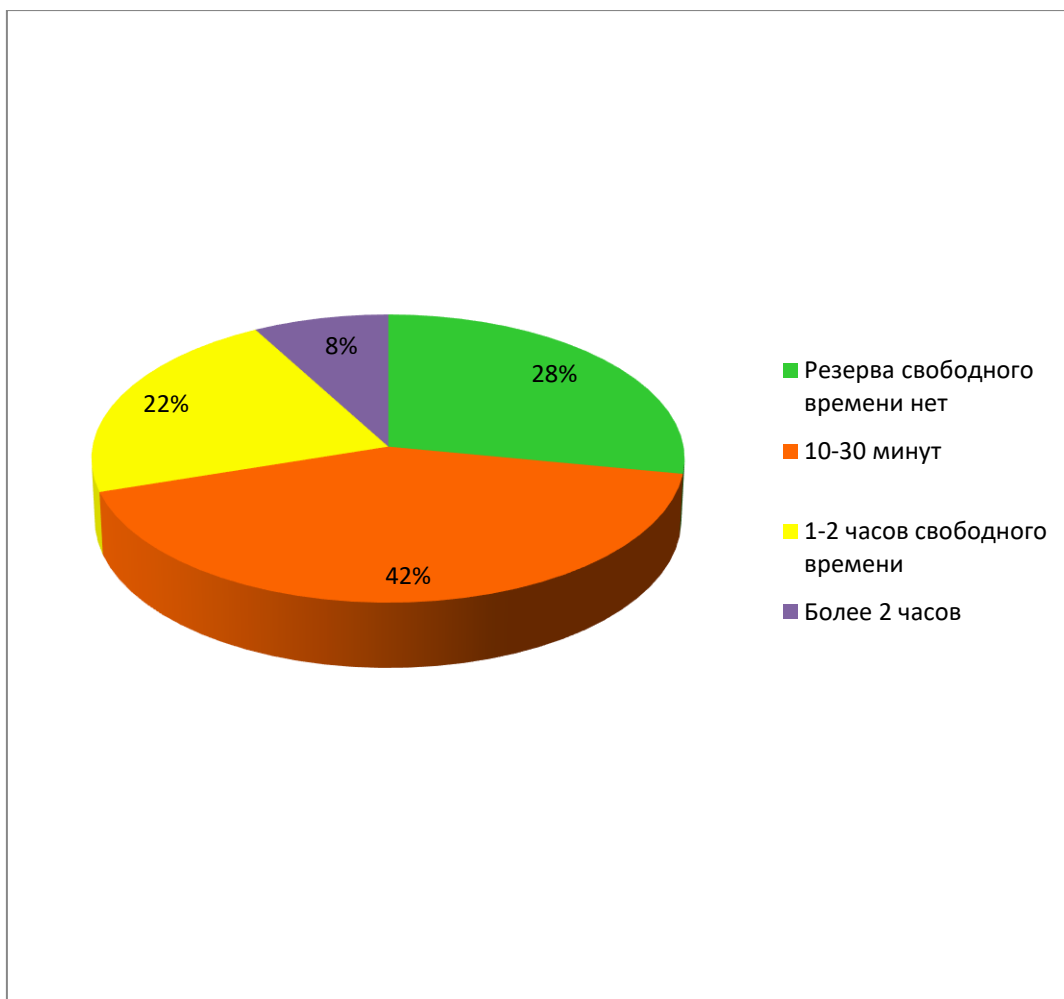
**Рисунок 4-Навыки ухода, которыми обладают опрошенные**



**Рисунок 5 – Навыки ухода, которые опрошенные хотели бы освоить**

Отмечается удивительная закономерность: даже опрошенные, имеющие те или иные навыки ухода за больными, хотели бы улучшить их.

Ещё одной специфической особенностью ухода за тяжелобольными пациентами является дефицит времени у родственников, осуществляющих уход. (рис. 6)



**Рисунок 6- Резерв свободного времени для ухода за пациентом**

Таким образом, можно отметить, что временные ресурсы очень ограничены. В связи с этим повышается необходимость освоения знаний и навыков по уходу за больными.

Далее мы провели тестирование респондентов по заранее подготовленному опроснику. (Приложение 3).

Кроме этого, мы попросили респондентов самостоятельно оценить свои знания по теме как: «Достаточные», либо «Недостаточные».

После чего с ними была проведена беседа, основанная на материалах методической разработки о правилах ухода за тяжелобольным пациентом.

С целью оценки эффективности разработанного просветительного материала было повторно

**Таблица 3 - Процент верных ответов на вопрос до и после проведения просветительной беседы**

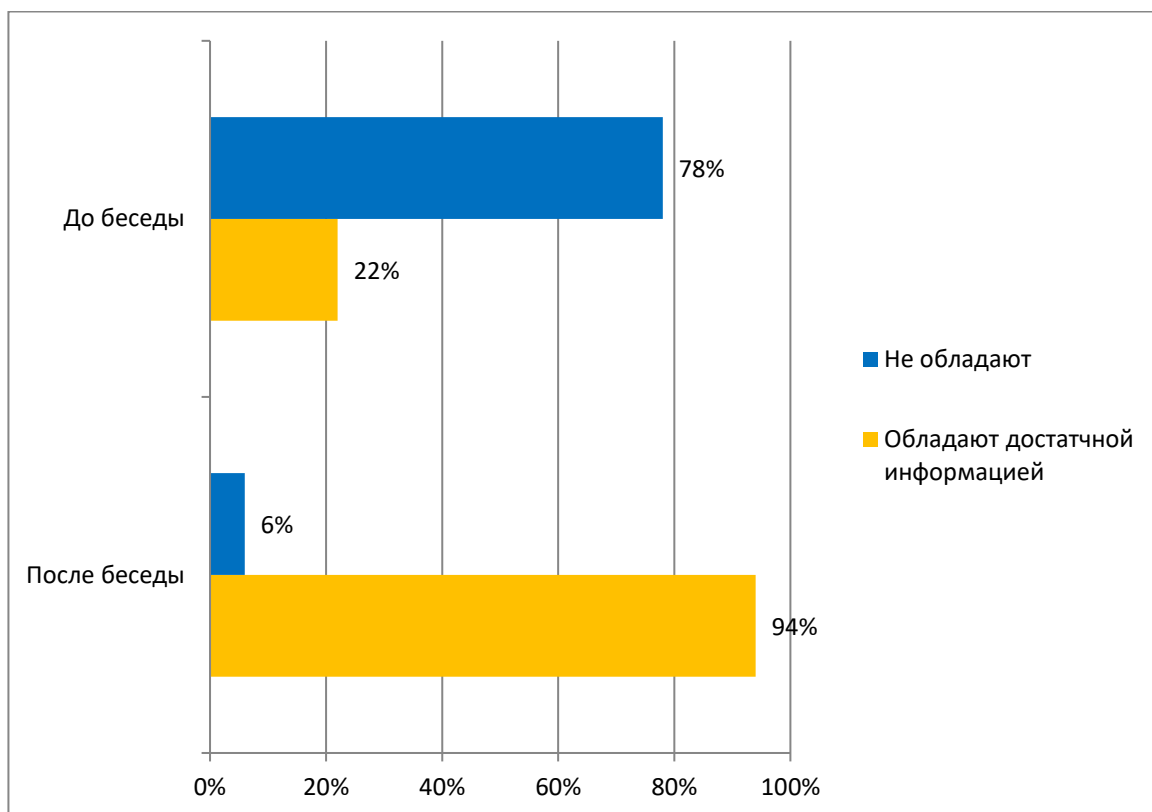
	Исходный уровень правильных ответов	Уровень правильных ответов после просветительной беседы
1	28%	96%
2	32%	84%
3	30%	84%
4	48%	92%
5	42%	88%
6	34%	78%
7	28%	86%
8	26%	84%
9	18%	86%
10	52%	98%

При оценке исходного уровня знаний опрошенных, количество верных ответов на каждый из представленных вопросов варьировал от 28 до 52% процентов в зависимости от сложности вопросов.

Это свидетельствует о достаточно низком уровне знаний по теме.

После проведения беседы о правилах ухода за лежачими пациентами, количество правильных ответов среди опрошенных существенно выросло. Минимальный процент верных ответов составил 78%, а максимальный достиг 98%, что является отличным показателем усвояемости материала.

В завершении мы попросили респондентов повторно оценить их уровень осведомленности об уходе за тяжелобольными. (рис.7)



**Рисунок 7- Самооценка респондентами уровня знаний по теме**

До проведения беседы лишь 22% опрошенных считали, что обладают достаточной информацией об уходе за больными.

А после – практически все респонденты (94%) с уверенностью заявили, что знают основы данной темы. Что свидетельствует о высокой эффективности ведения просветительской работы по данному направлению.

### **2.3. Выводы по результатам исследования**

1. Наиболее часто уход за тяжелобольными пациентами осуществляют женщины

2. Большинство лиц, осуществляющих уход, не имело подобного опыта раньше.

3. Все респонденты отмечают дефицит времени на уход за больным родственником, а также недостаток знаний и навыков по осуществлению правильного ухода.

4. Исходный уровень знаний опрошенных оказался крайне неудовлетворительным.

5. После проведения санитарно-просветительной беседы с участниками исследования процент верных ответов на поставленные вопросы существенно вырос.

6. С целью повышения уровня осведомленности родственников по уходу за тяжелыми больными, нами был разработан текст памятки. (Приложение 3). Данный материал необходимо распространять и внедрять в медицинских учреждениях, с целью повышения уровня знаний населения по данной теме.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реабилитация несомненно, - широкое понятие, и все целенаправленные вмешательства, могут улучшить восстановление, если их применять на протяжении острого периода заболевания. В связи с этим ВОЗ рекомендует начинать реабилитационные мероприятия как можно раньше после заболевания или травмы, если состояние пациента позволяет это сделать.

В настоящее время в Российской Федерации активно развивается такое направление медицинских знаний, как медицинская реабилитация и восстановительная медицина.

Современные тенденции таковы, что наиболее эффективны реабилитационные мероприятия будут при слаженной работе мультидисциплинарной команды, которая должна включать врачей по профилю заболевания, врачей-реабилитологов, физиотерапевтов, инструкторов ЛФК, логопедов, массажистов, психологов и других специалистов.

В настоящее время для определения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий используется такой показатель, как "качество жизни" связанное со здоровьем, с заболеванием; характеризующий исход лечения при многих заболеваниях, особенно хронических. Качественный сестринский уход за больным с тяжелыми заболеваниями или травмами значительно улучшает качество его жизни.

Средний медицинский персонал является важной составляющей междисциплинарной команды, поскольку наиболее приближен к пациенту и находится возле него наибольшее количество времени, и поэтому знает, как помочь пациенту, чтобы он не чувствовал дискомфорт, в этот жизненный период.

От личностных и профессиональных качеств медицинских сестёр во многом будет зависеть состояние здоровья и даже прогноз в случае каждого конкретного пациента.

В данной работе было проведено исследование, направленное на выявление потребностей и оценку уровня знаний родственников и других лиц, которые осуществляют уход за тяжелобольными пациентами на ранних этапах реабилитации и восстановления после перенесенного заболевания.

Выяснилось, что имеющийся у них запас знаний и навыков по вопросам проведения ухода за лежачими пациентами был недостаточным. С этой целью нами была разработана памятка, где в краткой форме адаптированным и понятным языком были изложены основные особенности ухода за лежачими больными. По нашему мнению, активное распространение данного методического материала в профильных лечебных учреждениях позволит существенно улучшить уровень знаний населения по изучаемой теме.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. О порядке организации медицинской реабилитации: Приказ Министерства здравоохранения РФ № 1705н от 29.12.2012 г. М., 2012.
2. Амосов, В. Н. Восстановление после операции. Лучшие методы реабилитации / В.Н. Амосов. - М.: Вектор, 2014. - 128 с.
3. Бойцов, С. А. Актуальные направления и новые данные эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний / С. А. Бойцов // Терапевт. арх. – 2016. – № 1. – С. 4-10.
4. Вайнер, Э.Н. Лечебная физическая культура (для бакалавров) / Э.Н. Вайнер. - М.: КноРус, 2017. - 480 с.
5. Горшкова Т.В. Современные подходы медицинской реабилитации и вторичной профилактики сердечно-сосудистых осложнений у пациентов, перенесших хирургическую коррекцию клапанных пороков сердца: дис. ... канд. мед. наук. Кемерово 2015; 155.
6. Гусев А.О. Научное обоснование организации отделений восстановительного лечения больных с заболеваниями системы кровообращения в крупном многопрофильном стационаре: дис. ... д-ра мед. наук. СПб. 2014; 339.
7. Епифанов, В.А. Восстановительная медицина : учеб. для вузов / В. А. Епифанов. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2013. - 304 с
8. Жигарева, Н. П. Комплексная реабилитация инвалидов: моногр. / Н.П. Жигарева. - М.: Дашков и Ко, 2015. - 216 с.
9. Заболотных, И. И. Медико-социальная экспертиза и реабилитация в кардиологии / И.И. Заболотных, Р.К. Кантемирова. - М.: СпецЛит, 2013. - 112 с.
10. Кокосов, А.Н. Лечебная физическая культура в реабилитации больных заболеваниями легких и сердца / А.Н. Кокосов, Э.В. Стрельцова. - М.: Медицина, 2017. - 165 с.
11. Лечебная физическая культура и массаж: учебник. Епифанов В.А. 2-е изд., перераб. и доп. 2013. - 528 с. :ил.

12. Маргазин, В.А. Лечебная физическая культура (ЛФК) при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем / В.А. Маргазин. - СПб.: СпецЛит, 2015. - 234 с.
13. Никитина, И. Е. Влияние различных программ физической реабилитации в местном санатории на показатели силовой выносливости у детей / И. Е. Никитина, А. Н. Шкробко, Е. И. Бычкова // Лечебная физкультура и спортивная медицина. -2015. -№ 2. -С. 25-29.
14. Оптимизация реабилитационного процесса при оперативном лечении переломов дистального конца плеча/ Э. И. Солод [и др.] // Вестник восстановительной медицины. -2015. -№ 3. -С. 29-32
15. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация : учеб. для мед. вузов / Г.Н. Пономаренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с.
16. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник / С.Н. Попов. - М.: Academia, 2019. - 96 с.
17. Прилипко Н.С. Совершенствование организации медицинской реабилитации взрослого населения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М. 2015; 48.
18. Прилипко Н.С., Большакова Т.М. Изучение потребности в медицинской помощи на этапах восстановительного лечения и медицинской реабилитации наиболее распространенных заболеваний среди взрослого населения // Вестник восстановительной медицины. – 2011. - № 1.- С. 5–7.
19. Солодовников, Ю. Л. Основы профилактики: учеб. пособие / Ю. Л. Солодовников. – СПб.: Лань, 2017. – 292 с.
20. Шахлина Лариса Ян-генриховна Физическая реабилитация. Современные аспекты // ПИМБПФВС. 2012. №9. С.98-103.
21. Пирогова Л.А. Основы медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии [Электронный ресурс] / Режим доступа: [http://www.grsmu.by/files/file/university/cafedry/medicinskoi-reabilitacii-nemedikamentoznoi-terapii/files/pirogova\\_5.pdf](http://www.grsmu.by/files/file/university/cafedry/medicinskoi-reabilitacii-nemedikamentoznoi-terapii/files/pirogova_5.pdf) - (дата обращения 20.04.19)

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1 Анкета для родственников пациентов.

1. Возраст \_\_\_\_\_
2. Пол
  - Мужской
  - Женский
3. Кем Вам приходится пациент, за которым Вы будете ухаживать?
  - Отец
  - Мать
  - Сын
  - Дочь
  - Другое \_\_\_\_\_
4. Приходилось ли Вам раньше ухаживать за тяжелобольными?
  - Да
  - Нет
5. Какие навыки ухода за больными Вы имеете?
  - смена постельного и нательного белья;
  - умывание;
  - подмывание;
  - подача судна и мочеприемника;
  - профилактика пролежней;
  - измерение артериального давления;
  - подсчет пульса и частоты дыхательных движений.
6. Какие навыки ухода за тяжелобольными Вы хотели бы получить?
  - смена постельного и нательного белья;
  - умывание;
  - подмывание;
  - подача судна и мочеприемника;
  - профилактика пролежней;
  - измерение артериального давления;

- подсчет пульса и частоты дыхательных движений.

7. Каким резервом свободного времени Вы обладаете для осуществления ухода за своим родственником?

- резерва свободного времени нет;
- резерв 10-30 мин.;
- резерв 1-2 часа;
- резерв более 2 часов.

## **Приложение 2. Оценка знаний по уходу за тяжелобольными пациентами**

1.Обтирание тяжелобольного проводится:

- 1) Теплой водой с мылом;
- 2) Теплой водой без мыла;
- 3) Раствором фурацилина;
- 4) Раствором перманганата калия.

2.С целью удаления корочек из носовой полости используется:

- 1) 70 град. Этиловый спирт;
- 2) Вазелиновое масло;
- 3) Касторовое масло;
- 4) 3% раствор перекиси водорода.

3.При появлении трещин на губах, их необходимо обработать:

- 1) Вазелином;
- 2) 5% раствором перманганата калия;
- 3) Теплой водой;
- 4) 70 град. Этиловым спиртом.

4.Наиболее частая область образования пролежней у тяжелобольного пациента при положении лежа на спине:

- 1) Крестец;
- 2) Подколенная ямка;
- 3) Бедро;
- 4) Голень.

5.Профилактика пролежней включает в себя:

- 1) Умывание;
- 2) Лечебную физкультуру;
- 3) Смену положения тела каждые 2 часа;
- 4) Смену положения 3 раза в день.

6.Признак второй стадии пролежней:

- 1) Бледность кожных покровов;

- 2) Отек, краснота;
- 3) Пузыри на коже;
- 4) Язвенные образования.

7. Кожу тяжелобольного пациента необходимо ежедневно обрабатывать:

- 1) 10% раствором нашатырного спирта;
- 2) 10% раствором камфорного спирта;
- 3) 10% раствором перманганата калия;
- 4) 0,02% раствором фурацилина.

8. Постельное белье тяжелобольному необходимо менять:

- 1) Один раз в неделю;
- 2) Ежедневно;
- 3) По мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю;
- 4) Один раз в три дня.

9. Для профилактики пролежней необходимо менять положение тела тяжелобольного каждые (в часах):

- 1) 24;
- 2) 16;
- 3) 6;
- 4) 2.

10. Протирание ресниц и век необходимо проводить:

- 1) Круговыми движениями;
- 2) От внутреннего угла глаза к наружному;
- 3) Снизу вверх;
- 4) От наружного угла глаза к внешнему.

11. Оцените свой уровень знаний по теме до и после проведения беседы

- 1) Достаточный
- 2) Недостаточный

### Приложение 3. Памятка по уходу за лежачими пациентами

#### **Прием пищи лежачими пациентами**

Прием пищи лежачему больному может показаться сложным, особенно после перенесенных неврологических заболеваний (инсульта, травмы головного мозга), поскольку центры мозговой системы могут утрачивать важнейшие функции – глотание, пережевывание, слюновыделение.

Каждому больному на разных стадиях реабилитации подбирается способ приема пищи и специальный рацион, в зависимости от тяжести его состояния.

Пациентов после тяжелых травм, обширных операций, острого нарушения мозгового кровообращения следует кормить негорячей жидкой манной кашей, киселем, кефиром, йогуртом, протертым жидким овощным пюре и другой пищей. Для измельчения пищи удобно пользоваться блендером.

Во время кормления и после него больному придают возвышенное положение на 20-30 минут. В случаях невозможности самостоятельного глотания, используют тонкий назогастральный зонд, который вводят в желудок через нос или рот. Если во время кормления появляется рвота, голову больного следует повернуть в сторону и прекратить кормление.

Кормить больного, находящегося в тяжелом состоянии, следует 4-5 раз в сутки (по 300- 400 мг на порцию). Общий объем жидкой пищи должен составлять 1,5-2 л в сутки. Пища должна быть достаточно калорийной.

В остром периоде болезни, при отсутствии назначения зондового питания, пищу подают небольшими порциями со здоровой стороны рта, чтобы больной успел ее прожевать и не поперхнулся. Важно контролировать проглатывание каждого пищевого комка в целях предотвращения аспирации. После кормления обязательная очистка ротовой полости от остатков пищи и слюны.

### **Как помочь лежачему пациенту в смене нательного белья?**

Утрата многих бытовых навыков, снижение памяти, интеллекта у пациента перенесшем инсульт или травму может серьезно осложнить общение с ним окружающих. Даже процесс одевания может быть достаточно длительным и эмоционально напряженным.

Наберитесь терпения — этот простой совет является в этой ситуации наиболее полезным. Для начала сложите все необходимые вещи в том порядке, в котором их следует надевать. Необходимо помнить, что снимать белье нужно сначала со здоровой ноги или руки, а потом с парализованной или травмированной и наоборот, надевать нужно сначала на больную конечность. А потом на здоровую.

Удостоверьтесь, что рубашка больного имеет достаточно широкие рукава и пройму, а брюки – не узкие.

### **Как поменять постельное белье лежачему пациенту?**

Постель больного постоянно должна перестилаться (расправляются простыня, одеяло, взбиваются подушки). Нельзя оставлять в постели складки, неровности либо крошки от пищи, так как они могут вызвать у больного раздражение кожи и даже пролежни. Для смены постельного белья тяжелобольного надо повернуть на бок и переместить к краю постели. Убрать подушку из-под головы. Грязную простыню скатать в рулон вдоль тела. Чистую простыню скатать в рулон и застелить ею освободившуюся половину кровати. Больного перекатить через оба рулона на чистую сторону. С грязной стороны убрать грязную простыню, чисто вытереть клеенку и раскатать чистую простыню, тщательно расправить складки.

### **Как помочь лежачему пациенту в умывании?**

Лежачего больного необходимо содержать в строгой чистоте. По утрам сначала нужно подать судно. Туалет промежности делают утром, вечером и после каждой дефекации (стула). Если больной подвижен в постели, нужно помочь ему умыться, почистить зубы. Если он этого сделать не может, следует протереть ему лицо, шею, за ушами, складки кожи марлевой



салфеткой или ватой, смоченной в теплой воде. Необходимо тщательно очищать ротовую полость больного, если он не может сам почистить зубы. Каждый день во время утреннего и вечернего туалета больному нужно промывать глаза, обязательно мыть уши, так же необходимо освобождать носовые ходы от слизи и корочек. Для очистки носовых ходов в них попеременно вводят ватную турунду, смоченную вазелиновым маслом, глицерином или другим масляным раствором.