МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Федосова Маргарита Олександрівна

На правах рукопису

УДК:

Магістерська робота

«Роль медичної сестри в реабілітації постінфарктних хворих»

Освітньо - кваліфікаційна робота на здобуття звання «Магістр»

за спеціальністю "Сестринська справа"

223 - медсестринство

Науковий керівник:

Кандидат медичних наук,

асистент кафедри пропедевтики

внутрішньої медицини №2

та медсестринства

Борзенко Алла Борисівна

Харків – 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ…….…….....3

ВСТУП……...4

РОЗДІЛ 1. Огляд літератури…….…..7

1.1 Розвиток і перебіг інфаркту міокарда, як однієї з форм ішемічної хвороби.....7

1.2 Роль медичної сестри при догляді за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда…….....9

1.3 Проведення медичною сестрою реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда.....14

РОЗДІЛ 2. Матеріали та методи дослідження……..20

2.1. Загальна характеристика пацієнтів……20

2.2. Методи дослідження……..……..21

РОЗДІЛ 3. Власні дослідження……..22

3.1 Дії медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда 22

3.2 Вивчення основ сестринського догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда 22

3.3 Результати дослідно-експериментальної роботи за вивчення теми «Догляд за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда» 24

ВИСНОВКИ……39

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ…….…..39

ДОДАТКИ……41

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ІМ - інфаркт міокарда

ЕКГ - електрокардіограма

ГХ - гіпертонічна хвороба

АТПФ - ангіотензинперетворюючий фермент

ШОЕ - швидкості осідання еритроцитів

КФК - креатинфосфокіназа

АСТ - аспартатамінотрасфераза

МСЕ - медико - соціальна експертиза

ІХС - ішемічна хвороба серця

АТ - артеріальний тиск

КВГ - коронороventрікулографія

ВСТУП

Актуальність освітньо - кваліфікаційної роботи зумовлена тим, що ішемічна хвороба серця - одно з найбільш поширеніших захворювань планети. Воно уражує до 70% чоловіків з 30 річного віку і до 30% жінок після 50 років. Згідно зі статистикою, дев'ять з десяти раптових смертей пов'язано саме з ішемічною хворобою серця. Однією з найнебезпечніших форм ІХС є інфаркт міокарда. Інфаркт міокарда є основною причиною смертності не тільки в Україні, але і на всій планеті. Саме цей фактор вказує на актуальність вибраної теми дипломного дослідження.

Інфаркт міокарда треба лікувати виключно в стаціонарі, оскільки повноцінна терапія може здійснюватися тільки в лікарні. Догляд за хворим повинен бути професійним і ретельним, а також турботливим і заспокійливим. Перші кілька днів після інфаркту людина змушена дотримуватися суворого ліжкового режиму, тому догляд за ним включає всі заходи по догляду за лежачими хворими.

Статистика смертності від інфаркту міокарда досить велика. Більшість пацієнтів помирають, не дочекавшись швидкої допомоги. Ще половина гине в дорозі, якщо не виявляються термінові реанімаційні заходи. У разі ускладнень, люди, яким провели лікувальні реанімаційні заходи, вмирають. Лише в 1-2% випадків вдається врятувати людей від смерті, але після цього не виключається рецидив.

Виходячи з теми випускної кваліфікаційної роботи, висунуті наступні завдання:

- дати характеристику розвитку і протіканню інфаркту міокарда, як однієї з форм ішемічної хвороби;
- вивчити словник медичної сестри при догляді за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда;
- виявити позитивні моменти в проведення медичною сестрою реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда;

- провести аналіз дій медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда;
- розглянути основи сестринського догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда;
- проаналізувати результати дослідно - експериментальної роботи за темою «Догляд за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда».

Мета випускної кваліфікаційної роботи: вивчити поняття «постінфарктний стан», розглянути класифікацію і причини виникнення захворювання, а також виявити основну методику сестринського догляду з превенцією ускладнень та повторного інфаркту міокарду.

Об'єктом дослідження даної роботи є процес і результат формування знань про роль медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда, а також розробка плану профілактики ускладнень в постінфарктний період для пацієнта з його реалізацією.

Предмет дослідження кваліфікаційної роботи - діяльність медичної сестри. Робоча гіпотеза, яка містить в собі активну участь медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда.

Методи дослідження:

- Клінічні дослідження;

- Аналіз карт стаціонарного хворого з гострим інфарктом міокарду;

- Статистичні дослідження – для систематизації, аналізу і обробки та тлумачення отриманих даних.

Наукова новизна отриманих результатів

При повному обстеженні пацієнтів виявлені фактори ризику ІХС, які призводять до розвитку ІМ та до прогресуючого перебігу захворювання з можливим летальним наслідком. Фактори ризику, які було виявлено під час

проведення досліджень, сприяють прогнозуванню перебігу хвороби та надають можливість призначення адекватного догляду пацієнтів в відновлювальному періоді після перенесеного ІМ.

Практична значущість отриманих результатів

За результатами проведеного дослідження пацієнтам було запропоновано підхід до превенції основних ускладнень ІМ, розтлумачено основні ланки кардіореабілітації після перенесеного ІМ. Показано доцільність поступового розширення руховної активності, психологічної реабілітації, раціональності застосування симптоматичної та патогенетичної терапії, якісного догляду медичною сестрою пацієнта після ІМ.

Власний висновок магістра

Магістерська робота є самостійним науковим дослідженням. Автором самостійно було проведено збір та аналіз літератури, вивчення методик збирання матеріалу, дослідження хворих, написання всіх розділів роботи, повну статистичну обробку та аналіз отриманих даних, висновки.

Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

1.1. Теоретичні аспекти розвитку і перебігу інфаркту міокарда, як однієї з форм ішемічної хвороби серця

Інфаркт міокарда - невідкладний стан, найчастіше викликаний тромбозом коронарної артерії [1, 4]. Ризик смерті особливо дуже великий в перші 2 години від його початку і дуже швидко знижується, коли пацієнт надходить у відділення реанімації і йому проводять розчинення тромба - тромболізис або коронарну ангіопластику [1]. Виділяють інфаркт міокарда з патологічним зубцем Q і без нього [1,15]. Як правило, площа і глибина ураження більше в першому випадку, а ризик повторного розвитку інфаркту у другому. Тому віддалений прогноз приблизно однаковий [17].

У більшості випадків інфаркт вражає людей, які страждають від нестачі рухової активності на тлі психоемоційної перевантаження. Але «біч XXI століття» також може вразити і тих, хто володіє гарною фізичною підготовкою [18].

До головних причин, які сприяють виникненню інфаркту міокарда, відносяться:

- ендокринні патології (цукровий діабет);
- інфаркт міокарда в минулому;
- стать (чоловіки частіше, ніж жінки);
- неправильне харчування і переїдання;
- надлишок тваринних жирів в їжі;
- гіпертонічна хвороба;
- недостатня рухова активність;
- шкідливі звички.

Небезпечне і смертельне захворювання класифікують за розміром, глибиною і локалізації вогнища [4]. Розглянемо класифікацію інфаркту міокарда [1,4]:

1. Великовогнищевий. Має характерні ознаки гострого порушення коронарного кровотоку. Причиною його утворення прийнято вважати тромбоз коронарної артерії з розвитком некрозу. В результаті розвивається рубець, заснований на відмирання клітин.

2. Дрібновогнищевий. Причинами його розвитку є дрібні ішемічні ушкодження серцевого м'яза. Характеризується незначним за розміром формуванням тромбу і менш тяжким перебігом недуги.

3. Мікроінфаркт - осередки некрозу видно тільки під мікроскопом.

4. Передній інфаркт. Уражається переважно передня стінка лівого шлуночка серця.

5. Задній інфаркт. Обумовлюється формуванням тромбу в області коронарної аорти. У слідстві уражається задня стінка лівого шлуночка серця.

6. Нижній. Характеризується ураженням нижньої стінки артерії лівого шлуночка серця.

7. Циркулярний інфаркт міокарда носить переважно гостру форму недуги. Відноситься до найбільш небезпечних видів, і характеризується впливом на всю стінку шлуночка. Відбувається поразка епікарду і ендокарда. Переважно трансмуральний інфаркт міокарда завжди має крупно вогнищеву форму прояви. Під вплив потрапляють найчастіше чоловіки від 30 років старше. У жінок цей вид зустрічається вкрай рідко. Закінченням цієї форми є рубцювання вогнища і подальше відмирання тканин. Трансмуральний інфаркт міокарда практично не піддається лікуванню і настає летальний результат.

8. Рецидивирующий. Виникає на підставі утворення тромбів при коронарному склерозі. Характеризується наявністю періодичних повторень. Кожна форма носить небезпечний і смертельний характер, але варто виділити трансмуральний обширний інфаркт міокарда, який виникає різко і триває недовго. Кінцевий результат в більшості випадків смертельний.

Особливу увагу варто приділити стадіям розвитку небезпечного смертельного захворювання [2,4]. Стадії формуються на підставі тривалості протікання недуги і за небезпекою для пацієнта.

1. Найгостріша. Виявляється від початку інфаркту перші 6 годин.

2. Гостра. Як не дивно, але ця стадія є найбільш небезпечною. Виникає несподівано і може супроводжуватися гострими болями протягом 5-7 днів. Стадія характеризується формуванням рубця.

3. Підгостра стадія. Тривалість формування займає близько місяця. У цей період поступово формується рубець, і зникають ознаки некротичного синдрому. Електрокардіограма (ЕКГ) при інфаркті міокарда підгострій стадії відображає ознаки нормалізації метаболізму захворювання. Постінфарктна стадія. Переважно формується з другого місяця захворювання і залежить від осередку ураження. Стадія характеризується адаптацією серця до нових умов. Тривалість 7-28 днів.

4. Стадія рубцювання. Завершальна стадія, якій властиво утворення рубця. Таким чином, після виникнення інфаркту в міокарді розвиваються незворотні ішемічні зміни, що може привести до ускладнень різного ступеня тяжкості. Щоб виключити інфаркт міокарда і запобігти його рецидиву, необхідно перемкнути свій організм і свідомість на ведення здорового способу життя і не піддаватися стресових ситуацій.

1.2 Роль медичної сестри при догляді за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда.

Повернення людини, який переніс інфаркт міокарда, до звичайного життя відбувається поступово [14].

Перші кілька днів після інфаркту людина змушена дотримуватися суворого постільного режиму, тому догляд за ним включає всі заходи по догляду за лежачими хворими [2,12].

Інфаркт міокарда треба лікувати виключно в стаціонарі, так як повноцінна терапія може здійснюватися тільки в лікарні [2]. Догляд за хворим повинен бути

професійним і ретельно, а також турботливим і заспокійливим. Медична сестра в критичних для хворого ситуаціях повинна проявляти витримку, працювати швидко, впевнено, без зайвої поспішності і метушливості. Від того, наскільки грамотно медична сестра вміє розпізнавати характер болю в області серця, залежить ефект лікування, а іноді і життя хворого.

Поряд з цим медична сестра не повинна забувати, що вона не просто медична сестра, а сестра милосердя. Тож перейдемо до запасу навичок і умінь, якими повинна володіти медична сестра, зіткнувшись з пацієнтом, які перенесли інфаркт міокарда [8, 14].

Інфаркт міокарда - це захворювання серця, викликане невідповідністю між потребою міокарда в кисні і його доставкою; найважливіша форма ішемічної хвороби [3,4]. До інфаркту міокарда призводить гостра закупорка просвіту коронарної артерії тромбом або атеросклеротичної бляшкою.

Початком інфаркту міокарда вважають появу інтенсивної і тривалої (більше 30 хвилин, нерідко багатогодинний) загрудинної болі (ангінозного стану), що не полегшується повторними прийомами нітрогліцерину; іноді в картині нападу переважає ядуха або біль в надчеревній ділянці.

Ускладнення гострого нападу [20]:

- кардіогенний шок - комплекс патологічних станів в організмі, пов'язаний з різким зниженням скорочувальної функції серця;

- гостра недостатність лівого шлуночка аж до набряку легенів;

- важкі аритмії зі зниженням артеріального тиску;

- раптова смерть.

У гострому періоді інфаркту міокарда спостерігається артеріальна гіпертонія, яка зникає після стихання болів; почастішання пульсу; підвищення температури тіла (2-3 доби) і числа лейкоцитів змінюються підвищенням швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ); збільшення активності ферментів креатинфосфокінази (КФК), аспартатамінотрасферази (АСТ) та ін. [4].

Може виникнути епістенокардичний (біль в області грудини, особливо при диханні, нерідко вислуховується шум тертя перикарда).

До ускладнень гострого періоду відносять, крім перерахованих вище:

- гострий психоз;

- рецидив інфаркту;

- гостра аневризма лівого шлуночка (випинання його тонкою некротизированной частини);

- розриви міокарда, міжшлуночкової перегородки і папілярних м'язів;

- серцева недостатність;

- різні порушення ритму і провідності;

- кровотечі з гострих виразок шлунка та ін.

При сприятливому перебігу процес в серцевому м'язі переходить в стадію рубцювання. Повноцінний рубець в міокарді формується до кінця 6 місяця після його інфаркту.

У гострому періоді хвороби просто необхідно постійне спостереження досвідченого лікаря і сестринський догляд, так як інфаркт вимагає серйозного підходу [6]. Більшість лікарських препаратів застосовуються для лікування інфаркту міокарда тільки під наглядом фахівця. Також завжди треба пам'ятати і те, що протягом недуги може ускладнитися і небезпечним станом для життя - порушенням ритму серця, гострою серцевою недостатністю та іншими патологіями.

Інфаркт міокарда - досить грізне захворювання серцевого і судинної системи, навіть якщо біль пройшов, пацієнту потрібно отримувати особливий догляд, який навіть в домашній обстановці повинен контролювати лікуючий лікар. У перебігу хвороби розрізняють кілька основних етапів. Гострий період інфаркту міокарда триває приблизно пару тижнів. В цей же час серце хворого тільки починає своє відновлення і абсолютно не може справлятися з навантаженням. Саме з цієї причини для хворого, який переніс інфаркт міокарда, важливим є спокій, якісний догляд і правильний режим [2,14].

Хворим з такою недугою потрібно дотримуватися постільного режиму, не навантажувати себе не тільки фізично, а й морально. Так як в даний період руху обмежені, пацієнту треба допомагати перевертатися в ліжку. Сестринський догляд при інфаркті міокарда має на увазі під собою контроль пульсу, своєчасну подачу пиття і їжі, регулярне вимірювання артеріального тиску, проведення гігієнічних процедур [10,11]. Про будь-які зміни в стані хворого повинен знати лікар, так як це можуть бути ознаки погіршення стану.

Особливу увагу необхідно приділяти функціям кишечника. Знеболюючі ліки, а також постільний режим досить часто стає причиною дискомфортного запору при інфаркті міокарда. Хворим доводиться тужитися, що в результаті надає додаткове навантаження на серце. Важливо безперервно стежити за тим, щоб спорожнення кишечника відбувалося щодня, приблизно кілька разів на добу. Якщо самостійний стілець відсутня, проносне ліки або ж очисну клізму можна використовувати тільки після призначення лікаря [9,18].

Постільний режим також може стати причиною виникнення утворення тромбів у венах нижніх кінцівок хворого. Навіть незначне здавлювання судин викликає порушення в кровотечі, в результаті чого вірогідна поява тромбу. Вже на другий день після того як стався інфаркт міокарда, трохи піднімайте ноги пацієнта, підкладайте під його коліна невелику подушечку або ж згорнуте м'яке ковдру [9,14].

Строгий постільний режим при інфаркті може викликати пролежні, особливо у хворих з цукровим діабетом. Потрібно щодня ретельно переглядати шкіру хворого і доглядати за нею - масажі, використовувати спеціальний антисептичний розчин. Догляд повинен бути ретельним, щоб в будь-який момент скорегувати режим. Такий сестринський підхід є запорукою здоров'я пацієнта. Але не забувайте про те, що також і родичі повинні бути поруч.

Будь-яке переживання може викликати порушення в організмі. Хворим варто бути огороджені від зовнішнього світу до того моменту, поки серце не зміцніє. Різкі і гучні звуки на вулиці або ж у коридорі можуть налякати людину,

ставши причиною розвитку ускладнень. Інфаркт - не вирок, тому пацієнту рекомендується вселяти віру в краще майбутнє і швидке одужання.

Особливу увагу і режим потрібно уділити літнім людям. Деякі з них просто не усвідомлюють, наскільки важливо виконувати призначення лікаря і дотримуватися важливий режим, отримуючи сестринський догляд в лікарні. Пенсіонери можуть не приймати ліки, вважаючи, що вони не потрібні, або ж забути їх прийняти. Важливо постійно стежити, щоб літня людина при інфаркті дотримувалася режиму, а на його тумбочці знаходилися всі препарати, прописані фахівцем.

Період рубцювання характерний для пацієнта нормалізацією показників крові (ферментів), температури тіла і зникнення всіх інших ознак гострого процесу: змінюється електрокардіографія (ЕКГ), на місці некрозу розвивається сполучнотканинний рубець. Суб'єктивно хворий відчуває себе здоровим.

Таким чином, медична сестра повинна знати, що з 2-го тижня відбувається поступове рубцювання некротизированного ділянки міокарда сполучною тканиною. Цей процес триває 4-5 тижнів. З 2-го тижня хворому дозволяють повертатися в ліжку, потім сідати, спочатку за допомогою сестри, а потім самостійно. Необхідні маніпуляції медичної сестри в цьому періоді:

1. Медична сестра повинна бути присутнью при перших рухах хворого, стежити за його пульсом і загальним станом. Починаючи з 2-3-го тижня хворому призначають лікувальну фізкультуру, і масаж кінцівок.

2. Починаючи приблизно з 3-го тижня хворому дозволяють вставати з ліжка. Медична сестра повинна знаходитися поряд з хворим, який, в свою чергу, повинен завжди мати з собою нітрогліцерин або валідол.

3. Хворим, які перенесли інфаркт міокарда, регулярно (1 раз в 3 дня) визначають протромбин (показник згортання крові), так як зазначені хворі тривалий час отримують антикоагулянти непрямої дії.

4. При найменших ознаках появи кровоточивості (гематурія) сестра повідомляє про це лікаря.

1.3 Проведення медичною сестрою реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда

Міжнародна Рада медичних сестер визначив чотири складові професійної ролі медичної сестри:

- зміцнення здоров'я;
- профілактика захворювань;
- реабілітація;
- полегшення страждань пацієнтів [8,9,10].

Ми ж розглянемо роль медичної сестри в період реабілітації після перенесеного ІМ [14,15,16,17,18].

Під кардіологічної реабілітацією розуміють комплекс проведених під медичним контролем заходів, спрямованих на допомогу пацієнтові, який переніс інфаркт міокарда або кардіохірургічну операцію, для швидкого і якісного відновлення своїх фізичних параметрів до максимально можливого рівня активності. Крім того, ці заходи повинні забезпечити зниження ризику повторних серцево-судинних подій і уповільнення погіршення функціонального стану серця [14].

У ряді досліджень показано зниження частоти повторної госпіталізації та смертності у пацієнтів з ІМ, які брали участь в програмі кардіореабілітації.

Виділяють наступні **основні завдання реабілітації** пацієнтів [14]:

- Відновлення фізичної працездатності пацієнтів.
- Психологічна адаптація пацієнтів.
- Підготовка пацієнтів до самостійного життя і виробничої діяльності.

Організація реабілітації. Реабілітаційні заходи здійснюються безперервно з моменту госпіталізації пацієнта в палату інтенсивного лікування і протягом усього життя. Виділяють три етапи реабілітації:

1 етап – стаціонарний реанімаційний. Здійснюється в блоці реанімації та інтенсивної терапії, кардіологічному відділенні лікарні або судинного центру.

2 етап - стаціонарний реабілітаційний. Проводиться в період до 28 діб в спеціалізованих реабілітаційних відділеннях: центри кардіореабілітації або медичної реабілітації, кардіологічні відділення санаторію. Виконуються навантажувальний тести: стрес-тест з ЕКГ, тест 6 - хвилинної ходьби [15,16].
3 етап - амбулаторний. Виконується протягом 2 міс. в поліклініці, потім самим пацієнтом в домашніх умовах за програмою і під наглядом реабілітолога [5].

Темпи реабілітації можуть істотно відрізнятися у різних пацієнтів.

Пацієнти легкої тяжкості з низьким ризиком можуть реабілітуватися за прискореною програмою за 7-10 діб, середнього ступеня - за 14 - 18 діб, а важкі, з високим ризиком несприятливих серцево-судинних подій, відсутністю можливості продовжувати реабілітацію після виписки - за індивідуальним графіком [14,15].

Всесвітня організація охорони здоров'я сформулювала визначення «кардіореабілітації» як комплекс заходів, що забезпечують найкраще фізичний і психічний стан, що дозволяє хворим з хронічними або перенесеними гострими серцево - судинними захворюваннями завдяки власним зусиллям зберегти або відновити своє місце в суспільстві соціальний статус і вести активний спосіб життя. Це визначення підкреслює важливість двох аспектів відновлення, фізичної працездатності і здоров'я індивідуума і його активної участі в житті суспільства в нових умовах після перенесеного гострого захворювання.

Медична сестра відповідає за координування плану догляду. В даний час стає очевидним, що досягнення сучасної медицини не можуть бути реалізовані на практиці у випадках відсутності партнерських відносин і істинного співпраці між медичною сестрою і пацієнтом. Тільки партнерський союз медсестри-менеджера і пацієнта дає позитивний результат і забезпечує прихильність пацієнтів до лікування, що призводить до поліпшення прогнозу захворювання і продовженню працездатної життя пацієнтів. Одним із шляхів формування партнерства "медична сестра - пацієнт" є навчання.

Реанімаційне відділення

У перший день хворий дотримується постільного режиму, можливі повороти на бік, підйом узголів'я 2-3 рази до 10 хв. На 2-3 добу дозволяють сидіти в кріслі до 10-20 хв 2-3 рази, прийом їжі сидячи, можна користуватися прикроватною тумбою. Великий стрес і труднощі для багатьох пацієнтів представляє використання приліжковогу стульчаку.

Вправи комплексу №1 (описаний в вітчизняних рекомендаціях по реабілітації пацієнтів після ІМ з підйомом ST) виконуються під контролем інструктора ЛФК. Пацієнти 1-2 груп тяжкості можуть виконувати вправи самостійно і під контролем медичного персоналу відділення реанімації. Пацієнтів з 3 класом тяжкості навчають присадці в ліжку, користуванням приліжковим стульчаком. При стабілізації стану інструктор навчає вставанню і ходьбі біля ліжка [9,14].

В період перебування в реанімаційному відділенні рекомендуються бесіди з пацієнтом для пояснення природи захворювання, наслідків, важливості реабілітаційних заходів і боротьби з факторами ризику [4,6].

Оскільки хвилювання, фізичне й емоційне напруження змушують серце скорочуватися сильніше, людина, яка перенесла інфаркт, повинна залишатися в ліжку в тихому приміщенні протягом декількох днів. Коло відвідувачів обмежують членами сім'ї та близькими друзями. Дивитися телевізор можна дозволити, якщо програми не викликають хвилювання. Куріння - головний фактор ризику виникнення ішемічної хвороби серця та інфаркту. Воно заборонено в більшості лікарень і, звичайно, у відділенні інтенсивної терапії. Більш того, інфаркт - вагома причина припинити палити [2,5,7].

Іноді призначають легкі проносні засоби, щоб запобігти запору. Якщо кількість сечі зменшено або необхідно визначити точне її кількість, виконують катетеризацію сечового міхура

Частим явищем після інфаркту стають нервозність і депресія. Оскільки сильна нервозність негативно позначається на роботі серця, можуть бути

запропоновані легкі транквілізатори. Щоб пацієнт подолав депресію, а також властиве цьому стану заперечення хвороби, не тільки медперсонал, а й близькі хворого повинні терпляче пояснювати йому особливості його стану.

Препарати, звані інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту (АТПФ), можуть уповільнювати розширення камер серця у багатьох пацієнтів, які переносять інфаркт, тому ці ліки зазвичай призначають через кілька днів після інфаркту. Обов'язково призначають ліки, які нормалізують жировий обмін і зменшують ймовірність прогресування атеросклерозу - основної причини ішемічної хвороби серця.

Реабілітація - важлива частина одужання. Перебування в ліжку більше 2-3 днів веде до погіршення фізичного стану, а іноді до депресії і відчуття безпорадності. При відсутності ускладнень пацієнтам рекомендують починати сідати, виконувати пасивну гімнастику, ходити в туалет на 3-й або 4-й день після інфаркту.

Протягом наступних 3-6 тижнів людина повинна поступово збільшувати активність. Більшість пацієнтів може безпечно вести статеве життя через 1-2 тижні після виписки з лікарні. Якщо не виникають задишка і біль в грудній клітці, звична активність відновлюється в повному обсязі приблизно через 6 тижнів.

Етап реабілітації є 4 періодом в клінічному перебігу інфаркту міокарда. Він являє собою період, тривалістю від 6 місяців до 1 року. Клінічно ніяких ознак немає. У цей період відбувається компенсаторна гіпертрофія здорових м'язових волокон міокарда, розвиваються інші компенсаторні механізми.

Поступово відновлюється функція міокарда, але на електрокардіографії (ЕКГ) зберігається патологічний зубець Q.

Розрізняють декілька видів реабілітації хворого, який переніс інфаркт міокарда [14,20]:

1. Рання реабілітація хворого:

- з 2-го дня рекомендують починати лікувальну гімнастику;

- на 3-й день дозволяють сидіти в ліжку;

- на 4-й день - пересаджування на стілець;

- до 7-го дня - пересування в межах палати; на 8-9-й день - вихід в коридор;

- перевід пацієнта в кардіологічне відділення.

Решту часу до виписки реабілітація триває: проводиться лікувальна фізкультура, хворий ходить по коридору, щодня збільшуючи відстань.

2. Фізична - відновлення до максимально можливого рівня функції серцево-судинної системи. Необхідно домагатися адекватної реакції на фізичне навантаження, що досягається в середньому через 2-6 тижнів фізичних тренувань, які розвивають колатеральний кровообіг.

3. Психологічна - у хворих, які перенесли інфаркт міокарда, нерідко розвивається страх перед повторним інфарктом. Тому хворий потребує консультації психотерапевта.

4. Соціальна реабілітація - хворий після перенесеного інфаркту міокарда вважається непрацездатним 4 місяці, потім його направляють до медико - соціальної експертизи (МСЕ). 50% хворих до цього часу повертаються до роботи, оскільки працездатність практично повністю відновлюється. Якщо виникають ускладнення, тимчасово встановлюється група інвалідності, зазвичай II, на 6-12 місяців. Диспансерне спостереження за хворим, які перенесли інфаркт міокарда, і лікування в постінфарктному періоді здійснюються в кардіологічному центрі або в кардіологічному кабінеті поліклініки.

Таким чином, розглянувши теоретичні особливості вивчення ролі медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда, ми зробили наступні висновки: сестра повинна бути присутньою при перших рухах хворого, стежити за його пульсом і загальним станом. Починаючи з 2-3-го тижня хворому призначають лікувальну фізкультуру і масаж кінцівок; медична сестра повинна знати, що з 2-го тижня відбувається поступове рубцювання некротизованої ділянки міокарда сполучною тканиною. Цей процес

триває 4-5 тижнів. З 2-го тижня хворому дозволяють повертатися в ліжку, потім сідати, спочатку за допомогою сестри, а потім самостійно;

- починаючи приблизно з 3-го тижня хворому дозволяють вставати з ліжка. Медична сестра повинна знаходитися поряд з хворим, який, в свою чергу, повинен завжди мати з собою нітрогліцерин або валідол;
- хворим, які перенесли інфаркт міокарда, регулярно (1 раз в 3 дня) визначають протромбин (показник згортання крові), оскільки зазначені хворі тривалий час отримують антикоагулянти непрямої дії;
- при найменших ознаках появи кровоточивості (гематурія, тощо) сестра повідомляє про це лікаря;

Таким чином, медичним сестрам відводиться важлива роль у проведенні реабілітаційних заходів для пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда, для досягнення позитивних результатів у лікуванні.

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Мета та завдання

Для вирішення поставлених завдань в період з 28.02. - 06.04.2020 рр. була пройдена практика в кардіологічному відділенні КНП «МКЛ № 27» ХМР. У період проходження практики проведено: аналіз карт стаціонарного хворого з гострим інфарктом міокарду (усього 54 карти) за 2016 -2017 рр, проаналізовано сестринський догляд за пацієнтами і сестринські маніпуляції. Однією з мети проходження практики – виявлення кількості серцево - судинних захворювань серед молоді. За перший квартал 2016 року було зареєстровано 20 осіб у віці від 40 років . Пацієнтам була надана медична допомога. У той час як за перший квартал 2017 року було зареєстровано на 8 осіб менше.

Діагноз ІМ був поставлений на підставі аналізу фізикальних даних і даних ЕКГ, КВГ та лабораторних методів дослідження згідно з діючими рекомендаціями та протоколами МОЗ України.

У зв'язку з почастішанням інфаркту міокарда у людей середнього та літнього віку, я провела навчально - дослідну роботу серед пацієнтів кардіологічного відділення в КНП «МКЛ № 27» ХМР. Метою даного дослідження було виявлення та проведення профілактичних заходів проти наступу інфаркту міокарда у суспільстві. В ході дослідження брало участь 19 осіб.

Експеримент проходив у два етапи. На першому етапі пацієнтам було запропоновано пройти тест, в ході якого ми з'ясували початкові знання пацієнтів про інфаркті міокарда. (Додаток 2). Результати констатуючого етапу експерименту представлені в таблиці 2.3.1. (Додаток 3).

На другому етапі експерименту пацієнтам кардіологічного відділення КНП «МКЛ № 27» ХМР в м. Харків була представлена лекція на тему «Інфаркт міокарда серед людей середнього та літнього віку».

2.1.1. Методи досліджень

У роботі було використано загальноприйняті клінічні, лабораторні (біохімічні), інструментальні (ЕКГ) та променеві (КВГ) методи досліджень.

Усі дослідження проводились в дослідницьких лабораторіях на базі КНП «МКЛ № 27» ХМР. Для цього ми використали:

1. Аналіз історій хвороби пацієнтів з ІМ.
2. Виявлення особливостей перебігу ІМ: збір анамнезу, загальноклінічні аналізи (сеча, кров), ЕКГ діагностика
3. Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS.

2.2 Методи статистичної оцінки результатів досліджень

Статистичну обробку отриманих данних проводили за допомогою комп`ютера ASUS AMDA E1 essential і пакету стандартних програм: Microsoft Office Exel 2010, Microsoft Word. Проведений кореляційний аналіз отриманих данних.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНА ЧАСТИНА

3.1. Дії медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда

В рамках кваліфікаційної роботи «Роль медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда» був проведений аналіз дій медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда.

Розглянемо аналіз дій медичної сестри докладніше.

Гострий період інфаркту міокарда триває зазвичай 2 тижні. У цей період хворі потребують ретельного догляду та спостереженні медсестри, так як повинні дотримуватися суворого постільного режиму. Хворому протипоказані активні рухи. Сестра повинна бути присутньою при перших рухах хворого, контролювати його загальний стан. Сестра стежить за вітальними функціями хворого: артеріальним тиском, пульсом хворого, частотою дихання, температурою тіла, добовим діурезом; годує і поїть його, проводить ранковий туалет і гігієнічні процедури.

З 2-го тижня відбувається поступове рубцювання некротизованого ділянки міокарда сполучною тканиною. Цей процес триває 4 -5 тижнів. З 2-го тижня хворому дозволяють повертатися в ліжку, потім сідати, спочатку за допомогою сестри, а потім самостійно. Починаючи з 2-3-го тижня хворому призначають лікувальну фізкультуру і масаж кінцівок.

Починаючи приблизно з 3-го тижня хворому дозволяють вставати з ліжка. Медична сестра повинна знаходитися поряд з хворим, який, в свою чергу, повинен завжди мати з собою нітрогліцерин або валідол.

Хворим, які перенесли інфаркт міокарда, регулярно (1 раз в 3 дні) визначають протромбін (показник згортання крові), оскільки зазначені хворі тривалий час отримують антикоагулянту та антиагрегантну терапію.

При найменших ознаках появи кровоточивості (гематурія) сестра повідомляє про це лікаря.

Пацієнту, який переніс інфаркт, дуже важко швидко відновитися. Догляд за хворим в постінфарктному стані має свої особливості, тут потрібно дуже відповідальний підхід, медичні знання. В цей відновний період хворому необхідно особливу увагу, грамотний курс реабілітації. Не менш важливо для хворого то, як за ним опікуються, як до нього ставляться близькі або співробітник патронажної служби. У зв'язку з цим варто зазначити, що до процедур по догляду за хворим після інфаркту пред'являється ряд вимог, з якими впорається лише висококваліфікована медична сестра.

Важливим етапом на шляху одужання є реабілітація після інфаркту міокарда. Відбудовні заходи дають хворому можливість подолати труднощі і повернутися до нормального життя. Процес цей тривалий і досить складний. Він починається в лікарні, куди привозять пацієнта під час нападу, і триває все життя. Реабілітація хворих з інфарктом міокарда є найважливішим медико-соціальним завданням.

Доцільно скласти сестринський план по догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда.

1. Забезпечення пацієнтові постільного режиму;

2. При проведенні маніпуляцій з хворим (зміна постільної, натільної білизни, зміна положення в ліжку, гігієна) не допускайте різких рухів хворого;

3. Психологічний настрій пацієнта;

4. Щоденне зважування пацієнта;

5. Контроль водного балансу;

6. Регулярна процедура інгаляційне введення кисню;

7. Контроль раціону харчування;

8. Контроль роботи кишечнику.

Ми з'ясували, що основою реабілітації після перенесеного інфаркту міокарда є всеосяжна програма, що включає в себе інформування пацієнта про суть захворювання і методи боротьби з ним, фізичні навантаження,

консультування щодо подолання чинників ризику і зменшення фізичних і психологічних впливів захворювання серця.

Таким чином, реабілітаційної період - дуже важливий для пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда. Не менш важливим є і висококваліфікований медперсонал для швидкого одужання пацієнта. У реабілітаційний період після інфаркту хворому повинен бути наданий повноцінний догляд, що впливає на подальше одужання пацієнта. Тут немає дрібниць, крім того, всі дії медичної сестри повинні виконуватися в суворій відповідності з призначеннями лікаря.

2.2. Змістовні аспекти вивчення основ сестринського догляду за пацієнтами, що перенесли інфаркт міокарда

У цьому параграфі кваліфікаційної роботи «Роль медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда» представлена розробка основних дій медичної сестри по відношенню до пацієнта.

Розроблений нами план мотиваційних дій медичної сестри по відношенню до пацієнта представлені в таблиці 2.2.1. (ДОДАТОК 1)

Інфаркт міокарда - це захворювання, що загрожує життю і здоров'ю людини. Нерідко люди, які перенесли інфаркт, з часом стають інвалідами. Для того щоб запобігти наслідкам хвороби, важливо провести своєчасне лікування та реабілітацію.

Тому розглянемо дії медичної сестри докладніше.

1. Постільний режим - хворому забороняється вставати з ліжка. Дозволяється повертатися в ліжку на бік, згинати й розгинати кінцівки, піднімати голову, сидіти в ліжку, частково здійснювати самодогляд. Персонал забезпечує годування (подача їжі і пиття), особисту гігієну (подача тазика з водою, гребінці, зубної щітки, тощо), допомога у здійсненні фізіологічних потреб (подача судна).

2. Моніторинг показників серцевої діяльності - це метод, який широко використовується в кардіології для діагностики діяльності серцевої системи. Важливо знати найголовніші показники:

• частота пульсу - число скорочень серця в одиницю часу, яке практично завжди визначають у хвилину;

• частота дихання - число дихальних рухів (циклів вдих - видих) за одиницю часу (зазвичай хвилину);

• значення артеріального тиску - це загальний тиск в артеріях, яке в різних кровоносних судинах буває різним: чим ближче посудину розташований до серця і ширше його діаметр, тим вище артеріальний тиск.

3. Стежити і брати участь в складанні правильно підібраного раціону - харчування має бути частим, але невеликими порціями, приблизно, 100-150 грам їжі на один прийом. Вона повинна бути легкозасвоювана, а також не перевантажувати кишечник.

4. Дотримання правил гігієни - сукупність гігієнічних правил поведінки людини. Виконання правил особистої гігієни сприяє збереженню і зміцненню здоров'я людини

5. Детальніше хотілося б зупинитися на «виконанні масажу». А це перше фізичне навантаження для пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда. Нерухоме положення - це неприродний для людини стан. Навіть у здорових людей це може привести до появи проблем зі здоров'ям. Про хворих не варто і говорити. При повній відмові від будь-яких навантажень у пацієнтів після інфаркту частіше розвиваються тромбоемболічні ускладнення, застійна пневмонія та інші небезпечні стани. І, навпаки, адекватні навантаження на серцевий м'яз допомагають серцю «прийти в себе», компенсувати наслідки захворювання, і максимально покращити якість кровообігу.

Таким чином, навантаження мають велике значення не тільки для поліпшення фізичного стану, але і як фактор психологічного впливу на людину. Можливість і навіть необхідність рухатися підбадьорюють, дарують надію на одужання. Вони змушують прагнути до повернення до звичайного життя, будувати плани на майбутнє, мотивують до подальших успіхів.

Стаціонарна реабілітація

Критерієм прийому хворого на даний етап реабілітації є освоєння ходьби на відстань не менше 500 метрів, підйому по сходах на один поверх. Мета відновного лікування в реабілітаційних стаціонарних підрозділах - стимулювати подальшу компенсацію порушених функцій організму до можливості участі хворого в заключному (третьому) етапі в поліклінічних умовах. На даному етапі проводиться:

• Подальше розширення рухового режиму і призначення поступово віз розтане за інтенсивністю комплексу ЛФК № 4, 5 і 6.

• Ознайомлення хворого з тренажерами (велоергометрія, бігова доріжка)

Перший підхід до велотренажеру і навіть імітація «їзди» на ньому (при від відсутністю навантаження, на холостому ходу) має велике мотиваційне значення для продовження реабілітації.

• Освоєння навичок ходьби на відкритій місцевості і проведенні тренувань дозованою ходьбою.

З огляду на необхідність подальшого розширення обсягу та видів фізичної активності і корекції індивідуальної програми реабілітації за 3 - 4 дня до виписки з реабілітаційного стаціонару необхідно проведення навантажувальних тестів.

Метою створення даної програми, стало бажання показати чітку структуру дій медичної сестри по відношенню до пацієнта.

2.3. Результати навчально - дослідницької роботи з вивчення теми «Роль медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, що перенесли інфаркт міокарда»

В період з 28.02. - 06.04.2020 рр. була пройдена практика в кардіологічному відділенні КНП «МКЛ № 27» ХМР. У період проходження практики проведено сестринський догляд за пацієнтами і сестринські маніпуляції. Однією з мети проходження практики – виявлення кількості серцево - судинних захворювань серед молоді.

Серцево-судинні захворювання є головною причиною смерті населення в Україні та інших розвинених країнах світу. У цій статистиці вони випереджають

онкологічні, інфекційні хвороби, травми і нещасні випадки. Найважчою серцево-судинною патологією є ішемічна хвороба серця (ІХС) та її форма - інфаркт міокарда. На жаль, інфаркт міокарда перестав бути «хворобою літніх». За останні 15-20 років інфаркт міокарда значно «помолодшав» і нерідко стає долею людей у віці від 20 до 45 років.

За перший квартал 2016 року було зареєстровано 20 осіб у віці від 40 років. Пацієнтам була надана медична допомога. У той час як за перший квартал 2017 року було зареєстровано на 8 осіб менше. За рахунок того, що для діагностики інфаркту міокарда проводився детальне опитування хворого, вироблялося повне інформування пацієнта про дане захворювання, зроблено план реабілітації. Даний метод, а найголовніше дотримання пацієнтом всіх режимів, дало позитивний результат. Больовий синдром при інфаркті міокарда у молодих виражений сильніше, ніж у літніх людей. Тому в першу чергу призначається електрокардіографія (ЕКГ), як основний метод оцінки стану при інфаркті міокарда. Далі проводяться лабораторні дослідження. Для пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда медична сестра складає план догляду за пацієнтами, становить режим дня, а також складає дієту. Для запобігання повторного інфаркту міокарда, важливо дотримуватися, всі поставлені медичною сестрою мети і завдання. До факторів ризику, що сприяє інфаркту міокарда належить:

- керовані:

- куріння;
- високий рівень загального холестерину;
- низька фізична активність (гіподинамія);
- надлишкова маса тіла (ожиріння);
- вживання алкоголю; - психосоціальний стрес;
- харчування з надлишковою калорійністю і високим вмістом тваринних жирів;

- некеровані:

- чоловіча стать;

- артеріальна гіпертонія;
- цукровий діабет;
- менопауза і постменопаузі;
- похилий вік;
- перенесений інфаркт міокарда;
- важка стенокардія;
- важкий коронарний атеросклероз.

В ході проходження практики, мною проводилися профілактичні бесіди з пацієнтами кардіологічного відділення з метою запобігання повторного гострого порушення кровообігу у жінок і чоловіків, які одного разу перенесли інфаркт міокарда.

У процесі бесіди медична сестра давала рекомендації пацієнтам по вторинній профілактиці інфаркту міокарда:

1. Відмова від шкідливих звичок: відмова від куріння - психотерапія, застосування нікотин - замісної терапії
2. Навчання пацієнтів уникати і правильно справлятися зі стресовими ситуаціями без прийому медикаментозних препаратів, шляхом виконання дихальної гімнастики та інших видів релаксації;
3. Навчання принципам правильного харчування (відмова від шкідливих смажених, копчених, гострих або солоних страв), дотримання дієти без солі з низьким вмістом холестерину. Середземноморська дієта вважається найбільш ефективною для профілактики ІХС. Важливо виключити з раціону продукти з ненасиченими трансжирами, які утворюються при гідрогенізації рослинного жиру з отриманням дешевого твердого, тугоплавкого жиру (саломаса) з тривалими термінами зберігання. Останній широко використовується в маргарині, кондитерському, кулінарному, хлібопекарському жирах, замінник масло какао. Ненасичені трансжири, на відміну від тваринних жирів і

ненасичених жирів, підвищують загальну смертність і смертність від ІХС;

4. Навчання достатній кількості фізичних навантажень і помірних вправ (підйом по сходах повільним кроком): фізичні помірні навантаження по 30-60 хв 3 дні на тиждень;
5. Пояснити пацієнту необхідність прийому лікарських засобів, призначених лікарем, хто спостерігав за станом хворого;
6. Навчання пацієнта вимірювати артеріальний тиск (АТ) і пульс, вміння контролювати його показання;
7. Контроль маси тіла;
8. Контроль сну;
9. Регулярні профілактичні огляди у лікаря-кардіолога;
10. Зниження АТ до рівня 130-139 / 85-89 мм рт. Ст;
11. Лікування цукрового діабету 2 типу: HbA1c 6,5-7,0%, не допускаючи гіпоглікемічних станів;
12. Корекція дисліпідемії - холестерин ЛНП <1,8 ммоль / л: Дієта середземноморська: жирна морська риба (оселедець, лосось) ≥ 2 раз на тиждень, оливкова олія (віджате, сире), овочі, фрукти, вино ≤ 2 келиха / сут для чоловіків, ≤ 1 келиха / сут - для жінок. Насичені жири <7% загального калоража, холестерин <200 мг / сут, трансжири <1%,Обмеження натрію <1,5 г / сут <3,8 г солі (AHA);
13. Для контролю м'язово-скелетних болів краще парацетамол, трамадол, напроксен (AHA / ACC). Нестероїдні протизапальні препарати можуть підвищити ризик тромбозів.

Не менш важливе значення для пацієнта має позитивний настрій - відсутність стресів, посмішка на обличчі, добре ставлення до оточуючих, віра в себе. Пацієнт повинен пам'ятати про те, що він повинен повертатися до нормальної життєдіяльності після перенесеного інфаркту міокарда. Важливу

роль в цьому аспекті має медична сестра, чиїм завданням є націлити пацієнта на продовження своєї робочої діяльності, але з деякими її обмеженнями.

Психічна реабілітація

Серед пацієнтів після інфаркту міокарда в 15-25% випадків виявляють велику депресію і в 27% симптоми малої депресії. Тривога реєструється у 50% госпіталізованих пацієнтів з гострими коронарними синдромами, що очевидно пов'язано із загрозою для життя і трудоспособності. Для швидкої оцінки тривоги і депресії можна користуватися шкалою HADS

Ознаки стресу визначалися у 75% пацієнтів з гострими коронарними синдромами, які представляють серйозну загрозу для життя. Для тривалого контролю депресії і тривоги широко використовуються антідепресанти, переважно селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (сертралін 50 мг 1 раз, есциталопрам 10-20 мг 1 раз). Психотропне лікування зменшує вираженість депресії і тривоги, підвищує прихильність до лікування і може поліпшити прогноз ІХС. Когнітивно-поведінкова терапія у пацієнтів після інфаркту міокарда, що мають соціальну підтримку, допомагає відмовитися від куріння.

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS.

Шкала призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів соматичного стаціонару. Відрізняється простотою застосування (заповнення шкали не вимагає тривалого часу і не викликає ускладнень у пацієнта), що дозволяє рекомендувати її до використання в загально медичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів (скринінгу).

1. Я відчуваю напруженість, мені не по собі:

   a. весь час
   b. часто
   c. час від часу, іноді
   d. зовсім не відчуваю.

2. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття:

a. виразно це так
b. напевно, це так
c. лише в дуже малій мірою це так
d. це зовсім не так.

3. Я відчуваю страх, здається, ніби щось жахливе може ось-ось статися:

a. виразно це так, і страх дуже сильний
b. так, це так, але страх не дуже сильний
c. іноді, але це мене не турбує
d. зовсім не відчуваю.

4. Я здатний розсміятися і побачити в ту чи іншу подію смішне:

a. виразно це так
b. напевно, це так
c. лише в дуже малому ступені це так
d. зовсім не здатний.

5. Неспокійні думки крутяться у мене в голові постійно:

a. більшу частину часу
b. час від часу і не так часто
c. тільки іноді.

6. Я відчуваю бадьорість:

a. зовсім не відчуваю
b. дуже рідко
c. іноді
d. практично весь час.

7. Я легко можу сісти і розслабитися:

a. виразно це так
b. напевно, це так

c. лише зрідка це так

d. зовсім не можу.

8 . Мені здається, що я став все робити дуже повільно:

a. практично весь час

b. часто

c. іноді

d. зовсім немає.

9.Я відчуваю внутрішнє напруження або тремтіння:

a. зовсім не відчуваю

b. іноді

c. часто

d. дуже часто.

10. Я не стежу за своєю зовнішністю:

a. виразно це так

b. я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

c. може бути, я став менше приділяти цьому уваги

d. я стежу за собою так само, як і раніше.

11. Я відчуваю непосидючість, немов мені постійно потрібно рухатися:

a. виразно це так

b. напевно, це так

c. лише в деякій мірі це так

d. зовсім не відчуваю.

12. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення:

a. точно так же, як і зазвичай

b. так, але не в такій мірі, як раніше

c. значно менше, ніж зазвичай

d. зовсім так не вважаю.

13. У мене буває раптове відчуття паніки:

a. дуже часто
b. досить часто
c. не так вже й часто
d. зовсім не буває.

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми:

a. часто
b. іноді
c. рідко
d. дуже рідко.

Рекомендації щодо застосування шкали:

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують 2 подшкали:

• подшкал А - «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9,11,13;

• подшкал D - «депресія»: парні пункти 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Кожному твердженням відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодується по наростанню тяжкості симптомів від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Видача пацієнту шкали супроводжується інструкцією наступного змісту: «Вчені впевнені в тому, що емоції відіграють важливу роль в виникненні більшості захворювань. Якщо Ваш доктор більше дізнається про Ваші хвилювання, він зможе краще допомогти Вам. Цей опитувальник розроблений для того, щоб допомогти Вашому доктору зрозуміти, як Ви себе почуваєте. Не звертайте уваги на цифри і букви, поміщені в лівій частині опитувальника. Прочитайте уважно кожне твердження і в порожній графі зліва відзначте хрестиком відповідь, яка найбільшою мірою відповідає тому, як Ви себе відчували минулого тижня. Чи не роздумуйте занадто довго над кожним твердженням. Ваша перша реакція завжди буде більш вірною».

При інтерпретації даних враховується сумарний показник по кожній підшкалі (А і D), при цьому виділяються 3 області значень:

• 0-7 балів - норма;

• 8-10 балів - субклінічна тривога / депресія;

• 11 балів і вище - клінічна тривога / депресія.

Відновлення сексуальної активності

У осіб, які перенесли ІМ, несвоєчасна і надлишкова сексуальна активність може збільшити ризик повторного ІМ, раптової смерті та ускладнень.

Хворі з неускладненим ІМ і відсутністю кардіальних симптомів на фізичні навантаження можуть повернутися до сексуальної активності через 3-4 тижні після ІМ. Важливим критерієм готовності організму до сексуальної активності являється відновлення статевого потягу.

В період сексуальної активності хворий виконує навантаження рівну з проходженням відстані 1,6 км за 20 хв або підйому на 2 прольоти сходів (20 ступенів) за 10 с. Точніше оцінити можливості пацієнта можна під час стрес-тесту. Сексуальна активність можлива, якщо пацієнт виконує навантаженні 3-4 МЕ (або 50-100 Вт) з підвищенням ЧСС до 120-130 в хв і рівня систолічного АТс до 170 мм рт. ст. без клінічних симптомів (нападу стенокардії, вираженої задишки, ціанозу, гіпотонії), ішемічних змін ST-сегмента або аритмії.

Хворим з нападами стенокардії при навантаженні перед сексуальною активністю слід приймати нітрогліцерин або інші антиангінальні препарати. Слід враховувати, що застосування силденафілу в поєднанні з нітрогліцерином протипоказано. Декомпенсованим хворим слід утриматися від сексуальної активності до стабілізації стану.

У зв'язку з почастішанням інфаркту міокарда у людей середнього та літнього віку, я провела навчально - дослідну роботу серед пацієнтів кардіологічного відділення в КНП «МКЛ № 27» ХМР. Метою даного дослідження було виявлення та проведення профілактичних заходів проти наступу інфаркту міокарда у суспільстві. В ході дослідження брало участь 19 осіб.

Експеримент проходив у два етапи. На першому етапі пацієнтам було запропоновано пройти тест, в ході якого ми з'ясували початкові знання пацієнтів про інфаркті міокарда. (Додаток 2) Результати констатуючого етапу експерименту представлені в таблиці 2.3.1. (Додаток 3)

З даних таблиці, ми бачимо, що загальний рівень знань пацієнтів про інфаркті міокарда знаходиться на низькому рівні і складає 39%. Люди мало не замислюються про дану недугу, хоча більше всіх піддані даному захворюванню із - за великих фізичних і розумових навантажень. До даної таблиці представлена діаграма 2.3.2. (Додаток 4).

На другому етапі експерименту пацієнтам кардіологічного відділення КНП «МКЛ № 27» ХМР в м. Харків була представлена лекція на тему «Інфаркт міокарда серед людей середнього та літнього віку». По закінченню лекції був обговорений висновок: «Інфаркт міокарда у осіб середнього та літнього віку». Навіть якщо його перебіг є типовим, виникають труднощі при діагностиці. Це пов'язано з тим, що, як правило, ні сам хворий, ні його оточення (а нерідко і лікарі) не відразу можуть запідозрити гострий інфаркт міокарда. Тоді пізня діагностика може призвести до ускладненого перебігу цього захворювання. Тому профілактика, а також щорічне обстеження - кращий спосіб запобігання інфаркту міокарда.

Далі пацієнтам було запропоновано знову пройти тест, результати тестування представлені в таблиці 2.3.3. (Додаток 5).

З даної таблиці видно, що рівень знань пацієнтів по темі «Інфаркт міокарда серед людей середнього та літнього віку», збільшився з 39 до 60%, чому посприяло проведення лекції.

В кінці нашого дослідження я спільно з пацієнтами провела порівняльний аналіз двох етапів експерименту. В ході бесіди ми з'ясували, що позитивним етапом на другому етапі дослідження послужило проведення лекції, в результаті чого, учасники дослідження більше уваги приділили поставленої проблеми.

Підсумували експеримент, поруч заходів щодо запобігання інфаркту міокарда. У число цих заходів ми включили:

• підвищення фізичної активності (прогулянки на свіжому повітрі, не менше 5-6 км, повільним кроком);

• контроль маси тіла;

• відмова від шкідливих звичок;

• нормалізація артеріального тиску;

• рекомендації щодо здорового способу життя;

• правильне раціональне харчування;

• дотримання режиму праці та відпочинку;

• щорічні профілактичні обстеження;

• максимально знизити провокуючі фактори.

Таким чином, ми виявили, що інфаркт міокарда на сьогодні - найпоширеніша хвороба, про цю недугу, за даними дослідження, люди поінформовані і знайомі з цією хворобою. Для запобігання інфаркту міокарда, в кінці мого дослідження було запропоновано низку заходів.

ВИСНОВКИ

В рамках кваліфікаційної роботи «Роль медичної сестри в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда» у другому розділі нашої роботи було проведено аналіз карт стаціонарного хворого з гострим ІМ, сестринських дій в організації догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда, також сконструйований план і зміст роботи медичної сестри з організації догляду, проведена дослідницька робота з доцільності проведення ознайомлюваний лекцій для пацієнтів щодо захворювання ІМ, його наслідків, та особливостей образу життя хворого після ІМ для превенції можливих ускладнень.

На тлі даної проблеми була пройдена практика в кардіологічному відділенні і дослідницька робота серед пацієнтів. В процесі практичної частини роботи я прийшла до наступних висновків:

1. У Харкові почастішали захворювання інфаркту міокарда серед молодих людей віком до 40 років.
2. Реабілітаційний період дуже важливий для швидкого та якісного відновлювання пацієнтів, які перенесли інфаркт міокарда. Не менш важливим є і висококваліфікований медперсонал для швидкого одужання пацієнта.
3. Навантаження мають велике значення не тільки для поліпшення фізичного стану, але і як фактор психологічного впливу на людину. Можливість і навіть необхідність рухатися підбадьорюють, дарують надію на одужання. Вони змушують прагнути до повернення до звичайного життя, будувати плани на майбутнє, мотивують до подальших успіхів.
4. Програми сестринських дій по догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда, повинні охоплювати фізичну, психологічну та соціальну реабілітацію.

5. Інформування пацієнта після перенесеного ІМ щодо подальшого образу життя є дуже важливим для запобігання ускладнень у відновлюваному періоді та повторних випадків ІМ.
6. Інфаркт міокарда на сьогодні - найпоширеніша хвороба, про цю недугу, за даними дослідження, люди поінформовані і знайомі з цією хворобою. Для запобігання інфаркту міокарда, в кінці нашого дослідження було запропоновано низку заходів. Щоб запобігти інфаркту міокарда, необхідно перемкнути свій організм і свідомість на ведення здорового способу життя і не піддаватися стресовим ситуаціям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ:

1. Діагностика та лікування хворих на гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST ЕКГ // Російські рекомендації. - 2014. -149 с.
2. Гострий інфаркт міокарда з підйомом сегмента ST електрокардіограми. // Реабілітація та вторинна профілактика. Російські клінічні рекомендації. - 2014. - 98 с. Кардиология в таблицах и схемах / Под ред. М. Фрида и С. Грайнс. Пер. с англ.: М., Практика. - 1996. - 736 с.
3. Руксин В.В. Неотложная кардиология. - СПб: Невский диалект, 1999. - 471 с.
4. Внутренние Болезни: Учебник: в 2 т. / Под ред. А. И Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева, А.С. Галявича (отв. Ред.). - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - Т. 1. - 600 с.
5. Гасилин В.С., Куликова Н.М. Поликлинический этап реабилитации больных инфарктом миокарда. - М.: Медицина, 1984.- 174 с.
6. Ильинский Б. В. ИБС и наследственность: Л.: Медицина, 1985. – 176 с.
7. Сестринское дело. Административно-управленческие дисциплины: Учеб. пособие / Под ред. Г. П. Котельникова. 2-е изд., перераб. - Ростов н/Д: Феникс, 2006. - 666 с.
8. Справочник медицинской сестры по уходу. - М., 1990. - 134 с.
9. Лычев В.Г., Карманов В.К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: Учеб. пособие. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М. - 2007. - 544 с.
10. Степанов В. В. Организация работы лечебно-профилактического учреждения / Под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В.И. Стародубова. - М: МЦФЭР. - 2006. - 464 с.
11. Туркина Н.В. Общий уход за больными: (учеб. для мед. вузов) / Н.В.Туркина, А. Б. Филенко.- М.: КМК. - 2007. - 550 с.
12. Рекомендации Европейского кардиологического общества, Европейского общества по изучению атеросклероза, Европейского общества по

изучению гипертонии. Профилактика ИБС в Клинической практике. - интернет сайт www.nedug.ru, 2004.

13. Реабилитация пациентов после инфаркта миокарда. // Рекомендации по диагностике и лечению. - Под ред. Ф.И.Белялова. – Иркутск - 2015. - 24с.
14. 2013 ACCF / AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction // Circulation. - 2013. - Vol. 127. - P. e362-e425.
15. 2014 AHA / ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes // Circulation. - 2014. - Vol. 130. - P. e344 - 426.
16. 2015 ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation // European Heart Journal. - 2015.
17. ASCM. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise // Med Sci Sports Exerc. -2011. - Vol. 43. - P. 1334-1459.
18. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation // European Heart Journal. - 2012 Vol. 33. - P. 2569-619.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1

Таблиця 2.2.1. Планування сестринського догляду за пацієнтами, які перенесли інфаркт міокарда

ПЛАН	МОТИВАЦІЯ
Контроль за дотриманням ліжкового режиму.	Якщо хворий знаходиться в лежачому положенні більше тижня, то щодня слід проводити профілактику і обробку пролежнів.
Моніторинг показників серцевої діяльності.	Постійний моніторинг показників серцевої діяльності. Найголовніші показники - частота пульсу, частота дихання і значення артеріального тиску.
Стежити і брати участь в складанні правильно підібраного раціону.	Харчування має бути частим, але невеликими порціями, приблизно, 100-150 грам їжі на один прийом. Вона повинна бути легкозасвоювана, а також не перевантажувати кишечник.
Дотримання правил гігієни.	Всі процедури, в тому числі, купання, умивання, а також сечовипускання і дефекація повинні відбуватися строго в положенні лежачи. Якщо у хворого більше 2 днів не було дефекації, то можна вдатися до допомоги проносних засобів.

ДОДАТОК 2

АНКЕТА ДЛЯ ПАЦІЄНТІВ

1. Спостерігалося у Вас коли-небудь підвищення артеріального тиску (АТ)?

Ні____так____

2. Спостерігалося у Вас почастішання частоти серцевих скорочень (ЧСС)?

Ні____так____

3. Збивається чи є у вас подих при фізичному навантаженні?

Ні_____ так____

4. Чи є у вас шкідливі звички?

Немає___ так____

5. Чи говорив вам коли-небудь лікар, що у вас діагностовано цукровий діабет?

Ні _____так____

6. Чи дотримуєтеся ви режим праці і відпочинку?

Ні _____ так____

7. Чи дотримуєтеся ви правильного раціонального харчування?

Ні _____ так____

8. Чи ведете ви здоровий спосіб життя?

якщо «ТАК», то як _____

9. Чи стежите ви за своєю вагою?

Ні _____так_____

10. Чи був інфаркт міокарда у Ваших близьких родичів (матері або рідних сестер у віці до 65 років або у батька, рідних братів віком до 55 років)

Ні ____ так_____

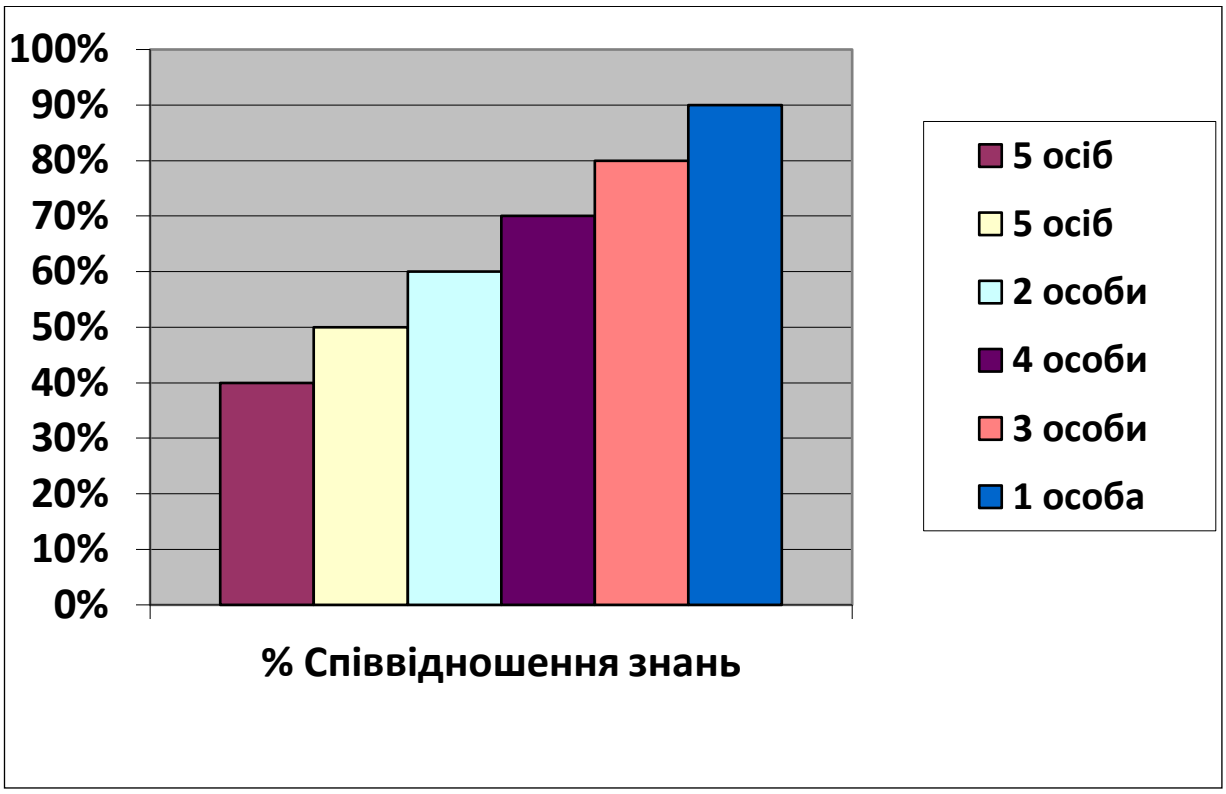
ДОДАТОК 3

Таблиця 2.3.1. - Результати першого етапу експерименту

Кількість пацієнтів	% співвідношення знань
5 осіб до	40%
5осіб після	50%
2 особи	60%
4 особи	70%
3 особи	80%
1 особа	90%
Всього:	65%

ДОДАТОК 4

Діаграма 2.3.2. Результати першого етапу експерименту



ДОДАТОК 5

Таблиця 2.3.4. - Результати другого етапу експерименту

Кількість пацієнтів	% співвідношення знань
6 осіб	60%
6 осіб	70%
3 особи	80%
3 особи	90%
2 особи	100%
Всього:	80%

ДОДАТОК 6

Діаграма 2.3.5. Результати першого етапу експерименту

