МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

Маленко Анна Валеріївна

УДК 616.831-005-083-036.8

Магістерська робота

«Якість медсестринського догляду за пацієнтами з гострим порушенням мозкового кровообігу»

Освітньо – кваліфікаційна робота на здобуття звання «магістр»

8.110.102 – сестринська справа

Науковий керівник

Кандидат медичних наук, доцент

Авдеева Е. В.

Харків 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ……3
ВСТУП ……....4
РОЗДІЛ 1 Огляд літератури……6
1.1.Гостре порушення мозкового кровообігу. Патогенез, клініка, принципи діагностики та лікування……6
1.2.Особливості організації сестринського догляду на різних етапах при порушенні мозкового кровообігу……15
1.3.Види і етапи сестринського процесу. Робота медичної сестри в гострому періоді……21
РОЗДІЛ 2 Матеріали та методи дослідження……27
РОЗДІЛ 3 Результати та обговорення……..29
3.1. Аналіз результатів анкетування медичних сестер……29
3.2. Аналіз результатів анкетування пацієнтів……40
ВИСНОВКИ……...51
РЕКОМЕНДАЦІЇ……...53
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ……..54
ДОДАТКИ……..59

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ГПМК — Гостре порушення мозкового кровообігу

АТ — Артеріальний тиск

ЧСС – Частота серцевих скорочень

ЕКГ- Електрокардіографія

КТ – Комп’ютерна томографія

МРТ - Магнітно-резонансна томографія

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров’я

МОЗ – Міністерство охорони здоров’я

М/С – Медична сестра

ЛП - Лікування положенням

ВСТУП

У світі гостре порушення мозкового кровообігу (ГПМК) посідає друге місце серед усіх причин смерті та інвалідності. Інсульт - це раптове порушення кровопостачання ділянки головного мозку. Його спричиняють дві основні патології: блокування судини, відповідно певна ділянка не отримуватиме кисню розрив судини, кров з якої пошкодить частину мозку, яка має контакт з нею.

В Україні щорічно реєструють близько 100-110 тис. ГПМК (за даними «Центр медичної статистики МОЗ України» в 2018 р. було зареєстровано 96 978 випадків). В місті Харкові за 9 місяців 2019 року зареєстровано 1 682 випадки ГПМК (в 2018р. – 1 735), з них 426 випадків відносяться до вікової групи до 55 років. За статистикою, 30-40% хворих ГПМК помирають протягом перших 30 днів і до 50% – протягом 1 року від початку захворювання, 20-40% – потребують сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності), і тільки близько 10% повертаються до повноцінного життя [26]. У більшості випадків наслідком ГПМК є не смерть, а обмеження життєдіяльності, тому інсульти є провідною причиною інвалідності серед людей старшої вікової групи. В Україні проводиться велика робота з вдосконалення надання сучасної допомоги хворим на ГПМК. Зокрема, у 2012 р. вийшов у світ Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Ішемічний інсульт», підготовлений фахівцями МОЗ України [2].

На даний час реабілітація хворих людей, які перенесли ГПМК, є важливою медичною та соціальною проблемою. Тому у своїй роботі маємо за

мету створити формування свідомого відношення у пацієнтів та особистої мотивації у виконанні реабілітаційних заходів, що підвищить її ефективність. Бо, як наголосила Всесвітньої організації охорони здоров'я, що реабілітація – це процес, «метою якого є запобігання інвалідності під час лікування захворювання і допомога хворому у досягненні максимальної фізичної, психічної, професійної, соціальної та економічної повноцінності, на яку він буде здатний в межах існуючого захворювання» велика частина пацієнтів може і повинна досягти поліпшення порушених функцій внаслідок інсульту, а медичні сестри в цьому їм мають допомогти. Питання лікування, профілактики та реабілітації порушень мозкового кровообігу носять актуальний характер у зв'язку з високим зростанням захворюваності серед контингенту наявність осіб молодого і середнього віку в останні роки, в зв'язку з цим постійно розширюється обсяг сестринського догляду необхідний пацієнтам з цією патологією.

Метою дослідження стало підвищення ефективності проведення реабілітаційних заходів

Згідно мети перед нами були поставлені наступні **завдання:**

1. Проаналізувати сестринський процес в реабілітації пацієнтів, які перенесли ГПМК.
2. Оцінити обізнаність пацієнтів щодо усвідомлення суті захворювання, та ролі медичної сестри в процесі догляду за хворим цієї категорії .
3. Оцінити участь медичної сестри в лікуванні та реабілітації пацієнтів з ГПМК.
4. Визначення чинників, що можуть поліпшити якість сестринського догляду за пацієнтами з порушенням мозкового кровообігу на всіх етапах сестринського процесу.

Об'єкт дослідження – 11 медичних сестер неврологічного відділення №2, та 30 пацієнтів, які лікувалися в неврологічному відділенні №2.

Предмет дослідження – медсестринський процес в реабілітації хворих які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу .

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків

РОЗДІЛ 1 Огляд літератури

1.1. Гостре порушення мозкового кровообігу . Патогенез, клініка, принципи діагностики та лікування

Інсульт (інфаркт головного мозку) – захворювання серцево-судинної системи, при якому порушується кровопостачання мозку. Під інсультом розуміють гостре порушення мозкового кровообігу, яке розвивається в результаті тромбозу або звуження мозкових судин.[1] Цей патологічний стан відомий ще з часів Гіппократа, який називав його апоплексією. І лише на початку XX століття інсульт був офіційно розділений на два підтипи: геморагічний та ішемічний. У разі ішемічного типу відбувається зниження або повне припинення кровотоку церебральними артеріями. При геморагічному типі розвивається крововилив у речовину головного мозку, субарахноїдальний простір або шлуночки. Обсяг ураження мозкової тканини залежить від масивності крововиливу (чим швидше буде зупинено кровотечу, тим сприятливіший прогноз). Ішемічний інсульт головного мозку, або інфаркт, супроводжується некрозом і загибеллю нейронів із порушенням функції тієї частини центральної нервової системи, в якій він розвинувся. Як правило, інфаркти мозку при невеликих розмірах і локалізації у півкулі мають достатньо сприятливий прогноз, а відновлювальний період може перебігати швидко і досить ефективно.[1,3]

Інсульт на сьогодні залишається однією з найгостріших медико-соціальних проблем та завдає величезного економічного збитку суспільству: він займає третє, а за даними деяких дослідників – друге місце серед причин смертності дорослого населення і є головною причиною тривалої інвалідності.[4]

Відновлювальна терапія повинна відбуватися постійно, а позитивні результати досягаються тільки завдяки правильно організованому догляду медичної сестри оскільки тільки фахова реабілітація допомагає прискорити темп і зробити повнішими відновлення порушених функцій та запобігти розвитку вторинних ускладнень .[8,14]

Класифікація порушень мозкового кровообігу

Згідно класифікації, розрізняють такі види інсультів:

1. За ступенем тяжкості:

Транзиторні ішемічні атаки;

Малий інсульт — регрес симптомів настає в терміни до 3-4 тижнів,

Легкої та середньої тяжкості — без розладів свідомості з переважанням осередкової неврологічної симптоматики.

Важкий інсульт - з пригніченням свідомості, ознаками набряку мозку, порушенням діяльності інших органів і систем

2. За локалізацією вогнища:

Лівопівкульний-порушується мова, рахунок, лист, рух в правих кінцівках,

Правопівкульний — порушується сприйняття форми, розмірів, положення в просторі, рух в лівих кінцівках,

Стовбуровий — порушується свідомість, ковтання, дихання, кровообіг, терморегуляція, частіше призводить до летального результату.

3. За характером змін мозку:

Ішемічний-виникає внаслідок закупорки артерії тромбом або атеросклеротичної бляшкою,

Геморагічний — виникає внаслідок крововиливу в речовину мозку або під мозкові оболонки при гіпертонічному кризі, розриві зміненої судини (аневризми);

Поєднаний – поєднання ішемічного ураження з крововиливом.

Причини розвитку порушень мозкових кровообігу.

Інсульт розвивається на тлі вже існуючої судинної патології (атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, їх поєднання) і деяких інших хвороб (діабет, хвороби крові та інші). До безпосередніх причин виникнення інсульту відносяться різкі, швидко виникаючі коливання артеріального тиску (АТ) при фізичному навантаженні, психоемоційному напруженні, вживанні алкоголю і/або порушення серцевого ритму. [23,44]

Фактори ризику, небезпечні для розвитку інсульту поділяють на регульовані, тобто піддаються корекції, і нерегульовані.[3,23]

До регульованих факторів ризику відносяться:

• Артеріальна гіпертензія

• Гіперхолестеринемія та атеросклеротичне ураження артерій

• Серцеві аритмії, значно підвищують ризик розвитку ішемічного інсульту внаслідок утворення тромбів у порожнинах серця

• Цукровий діабет, що веде до ураження артеріальної стінки і сприяє прогресуванню атеросклерозу

• Надмірне споживання солі, приводить до підвищення артеріального тиску,

• Куріння, незалежно від того, якого сорту дим і яким чином він потрапляє в організм,

• Гіподинамія, що призводить до підвищення маси тіла, і підвищена емоційність (стрес і т.п.).

До нерегульованих факторів ризику відносяться:

• Стать. Захворюваність чоловіків після 60 років різко збільшується в порівнянні з захворюваністю жінок

• Вік. З віком ризик розвитку інсульту достовірно зростає внаслідок поступового накопичення і збільшення негативних факторів у віці 20-59 років — 1,5 на 1000, а у віковій групі від 60 і старше — близько 20 осіб на 1000 населення.

• Спадковість. У спадок передається стан судинної стінки, рівень артеріального тиску і т.д., що в поєднанні із зовнішніми несприятливими факторами може вести до інсульту.

Виходячи з цього, у осіб з несприятливою спадковістю пильна увага повинна приділятися профілактичним заходам.

Клінічні прояви порушень мозкового кровообігу

Захворювання характеризується гострим початком і відрізняється різноманітністю загально мозкових і локальних симптомів ураження мозку. До загально мозкових симптомів відносяться: втрата свідомості, головний біль, судоми, нудота і блювота, психомоторне збудження. До локальних симптомів відносяться: парези і паралічі, розлади мови, порушення координації, ураження черепно-мозкових нервів, порушення чутливості. Виявлення цих симптомів є частиною роботи по постановці сестринського діагнозу і виявлення основних проблем пацієнта [21].

1. Синдром порушеної свідомості

Порушення свідомості бувають продуктивні і непродуктивні.

До продуктивним відносяться, марення, галюцинації та інші види психічних розладів, які можуть розвинутись при крововиливі в мозок [1].

До непродуктивних відносяться почуття оглушення, сопор і кома.

Оглушеність характеризується підвищенням порога сприйняття, хворі мляві, загальмовані, байдужі, відповіді їх односкладові, вони погано фіксують увагу на темі розмови, швидко виснажуються, дезорієнтовані, питання, що задаються хворому, доводиться по кілька разів повторювати фрази, і вимовляти їх голосніше [22].

Сопор характеризується відсутністю мовного контакту, патологічної сонливістю, при цьому зберігається відкривання очей на звукові і больові подразники.

Кома характеризується "неразбудимістью", відсутністю відкривання очей на подразники, відсутня рухова активність, можлива наявність не координованих захисних рухів (на біль), в термінальній стадії порушуються життєво важливі функції (дихання, кровообіг).

2. Синдром порушення рухів

При інсульті дуже часто з'являються рухові порушення в одній з половин тіла (геміплегія, геміпарез) або у всіх кінцівках (тетраплегія, тетрапарез).

По тяжкості рухових розладів виділяють:

Параліч — (плегію)— повна втрата функції кінцівки.

Парез-часткова втрата функції кінцівки.

У гострому періоді інсульту тонус уражених м'язів зазвичай знижений, спостерігається м'язова гіпотонія. В подальшому тонус м'язів підвищується, розвивається спастичний парез аж до формування характерної пози хворого, який переніс інсульт, образно званої «рука просить, нога косить» — згинання в ліктьовому і промені-зап'ястному суглобах і розгинання в гомілковостопному і колінному суглобах [3].

У синдром порушення рухів також входять координаторні порушення, що характеризуються хиткістю, невпевненістю ходи при відносно збереженої м'язової силі. При цьому утруднено здійснення дрібних, точних рухів (взяти чашку, причесатися, одягнутися). Порушення координації пов'язано із запамороченням, що робить хворого безпорадним, навіть при збереженому свідомості і м'язової силі.

3. Синдром розладів з чутливості

Найчастіше рухові розлади супроводжуються онімінням обличчя, руки, ноги з ураженої сторони. Однак може зустрічатися підвищена чутливість до зовнішніх подразників в одній половині тіла (гіперестезія).

4. Синдром мовних порушень

Серед мовних розладів при інсульті частіше зустрічаються дизартрія (утруднення проголошення слів, внаслідок порушення координації між рухом губ, мови, неба) і афазія (порушення власної мови і/або розуміння мови оточуючих), що ускладнює активний контакт з хворим.

При інсульті можливий розвиток і інших синдромів в рамках страждання інших органів і систем синдроми порушеного дихання, кровообігу, травлення, сечовиділення, порушення терморегуляції, що особливо актуально в гострому періоді інсульту.

Таким чином, основними проблемами пацієнта в період інсульту є:

- біль (головний біль, біль в паралізованих кінцівках).
- зниження фізичної активності і здатності до самообслуговування через параліч (парезу),
- утруднення в спілкуванні через мовні розлади;
- психоемоційні розлади (страх, тривога, занепокоєння, депресія), пов'язані з безпорадністю, побоюваннями за своє майбутнє [6].

Особливості перебігу різних видів інсульту

Ішемічний інсульт або інфаркт головного мозку розвивається при значному зниженні мозкового кровообігу, внаслідок атеросклеротичного або тромботичного ураження судини. Ішемічний інсульт може почати незалежно від часу доби, але найбільш часто він виникає в нічні та ранкові години. Для нього дуже характерно повільне наростання осередкової неврологічної симптоматики, переважання вогнищевих симптомів над загальномозковими [16,24]. Лише при значних, великих ураженнях півкуль головного мозку, які супроводжуються симптомами набряку мозку, спостерігаються розлади свідомості, порушення дихання і кровообігу. Вогнищева симптоматика залежить від локалізації вогнища інфаркту мозку, що залежить від зони кровопостачання ураженої судини. Часто перед ішемічним інсультом з'являються ознаки минущих порушень мозкового кровообігу. Нерідко

спостерігається його розвиток при психоемоційному напруженні, після фізичного навантаження, прийому гарячої ванни. Виникає частіше нерізкий головний біль, запаморочення, з'являється незручність, слабкість, оніміння в одній половині тулуба або в особі. Симптоми можуть прогресувати протягом декількох годин.

Геморагічний інсульт - це крововилив в речовину мозку або під оболонки мозку (субарахноїдальний крововилив), найчастіше виникає на тлі різкого підйому артеріального тиску і характеризується раптовим початком без провісників, різким головним болем, нудотою, блювотою[3].Часто супроводжується втратою свідомості, психомоторним збудженням, судомними припадками, різким підвищенням температурою тіла. При прориві крові в шлуночки мозку порушуються функції дихання і кровообігу, з'являються менінгеальні (оболонкові) симптоми: напруга задньо-шийних м'язів, посилення головного болю при згинанні голови, світло - і звуко-боязнь, симптом Керніга. Часто при крововиливі в головний мозок призводить до раптової смерті хворого через наростаючу симптоматики набряку головного мозку і обмеження стовбурового відділу мозку [23].

Принципи діагностики та лікування

При появі симптомів ГПМК потрібно відразу викликати невідкладну допомогу, щоб раніше почати лікування.

Розпізнати інсульт можливо на місці, негайно: для цього використовуються три основні прийоми розпізнавання симптомів інсульту, так звані «УЗП». Для цього попросіть потерпілого:

У-усміхнутися. При інсульті посмішка може бути крива, куточок губ з одного боку може бути спрямований вниз, а не вгору.

З-заговорити. Вимовити просте речення, наприклад: «за вікном світить сонце». При інсульті часто вимова порушена.

П-підняти обидві руки. Якщо руки піднімаються не однаково-це може бути ознакою інсульту. [17]

Пам'ятайте! Час, за який можна встигнути відновити кровотік в артерії після інсульту і зупинити загибель клітин головного мозку – «терапевтичне вікно» – 6 годин. Чим раніше ви звернетеся за медичною допомогою, тим ефективнішим буде лікування.

До лабораторних діагностичних методів дослідження ГПМК можна віднести:

- Загальний аналіз крові. Дозволяє визначити кількість еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів, вміст гемоглобіну в еритроцитах. Оцінка даних показників важлива для виявлення можливих причин інсульту. Зменшення кількості еритроцитів, гемоглобіну (анемія) перешкоджає доставці кисню до сприяє крововиливу.
- Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ). Підвищення ШОЕ може вказувати на запальні процеси в організмі, в тому числі на запальні зміни стінки судин (артеріїт), які здатні грати роль у виникненні інсульту.
- Загальний аналіз сечі з мікроскопією осаду. Дозволяє охарактеризувати різні властивості сечі (колір, щільність, вміст білка, глюкози, білірубіну). Глюкоза може з'являтися в сечі при цукровому діабеті, а однією з причин підвищення в ній рівня білка буває гіпертонічна хвороба. Дані захворювання-фактори ризику виникнення інсульту.
- Біохімічні аналізи крові — відзначаються зміни білкових фракцій крові, підвищення рівня глюкози , холестерину, хлоридів (ознака інформативний особливо в перші 6 — 8 год).
- Холестерол-ліпопротеїни низької щільності. Вони доставляють холестерин в органи і тканини організму. Збільшення їх кількості сприяє розвитку атеросклерозу (відкладенню атеросклеротичних бляшок на стінках судин).
- Коагулограма-аналіз системи згортання крові. Серед параметрів згортання – показники МНО (міжнародне нормалізоване відношення), АЧТЧ (активоване часткове тромбопластиновий час) і ін.підвищення

МНО і АЧТЧ свідчить про гіпокоагуляції, тобто зниженні здатності крові до згортання (схильності до кровотечі), зниження даних показників вказує на підвищений ризик тромбоутворення.

- D-димер.

До інструментальних діагностичних методів дослідження при інсульті можна віднести: комп'ютерну томографію (КТ) і магнітно-резонансну томографію (МРТ) — найбільш важливі діагностичні дослідження при інсульті. КТ в більшості випадків дозволяє чітко диференціювати «свіже» крововилив в мозок від інших типів інсультів, МРТ краще для виявлення ділянок ішемії, оцінки поширеності ішемічного пошкодження (це особливо важливо в перші 12-24 години захворювання, коли методом КТ ішемічний інсульт може не візуалізуватися) [9,43]. Також за допомогою цих досліджень можна виявляти первинні і метастатичні пухлини, абсцеси мозку і субдуральні гематоми. Об'єктивним методом дослідження судин є рентген-контрастна ангіографія, при якій можна визначити динаміку руху крові по артеріях. При недоступності КТ або МРТ необхідно виконати ехоенцефалографію і люмбальну пункцію [10].

Медикаментозне лікування гострого порушення мозкового кровообігу

Золотим стандартом в лікуванні гострого порушення мозкового кровообігу проходить за допомогою медикаментів, тромболітичних препаратів (стрептокіназа, актиліз), які розчиняють тромб, що закрив просвіт артерії [2,11]. У зв'язку з високим ризиком геморагічних ускладнень, проводити її можна тільки при відсутності протипоказань і в перші 4 години хвороби. При крововиливі в мозок їх також можна використовувати, але на більш пізніх термінах. Для цього в область гематоми вводять тонкий катетер, по якому надходить тромболітик. Після розчинення тромбу, його відсмоктують за допомогою шприца [32].

Для підтримки життєдіяльності застосовують всі засоби невідкладної медицини:

- Інгібітори АПФ при підвищеному тиску;

- Допамін при гіпотонії;
- Бета-блокатори та блокатори кальцієвих каналів при спазму артерій і прискореному серцебитті;
- Діуретики (манітол) - для зниження внутрішньочерепної гіпертензії;
- Засоби для поліпшення реологічних властивостей крові (реополіглюкін) тільки при ішемічному інсульті;

При порушенні дихання і серцебиття пацієнта підключають до апарату штучної вентиляції легенів і встановлюють тимчасовий трансвенозний електрокардіостимулятор.

Механічне видалення згустків

Великий згусток крові може бути видалений механічним шляхом. Для цього проводиться ендоваскулярна процедура або механічна тромбектомія. Це ще одні варіанти лікування, рекомендовані сучасною медициною [8]. Тромбектомія дозволяє спеціально навченим лікарям використовувати пристрій по типу стента-ретривера, за допомогою якого видаляється великий згусток крові. Для цього вводиться катетер через артерію в паху, який підводиться до заблокованої артерії в мозку. Стент відкривається і захоплює згусток, після чого все це видаляється. Процедура повинна бути виконана протягом шести годин після появи симптомів гострого інсульту. Для окремих пацієнтів при певних умовах процедура може бути корисною, якщо її виконати навіть протягом 24 годин після початку розвитку захворювання.

Лікування інсульту включає комплекс заходів з невідкладної допомоги і тривалий відновлювальний період (реабілітацію), що проводиться поетапно [15].

1.2. Особливості організації сестринського догляду на різних етапах при порушенні мозкового кровообігу

Своєчасно і правильно надана медична допомога при інсульті головного мозку є запорукою збереження життя і здоров'я пацієнта [22].

Сестринський процес (СП) передбачає системний підхід в організації роботи палатної медичної сестри, який дозволяє пацієнту отримати повноцінний догляд, а медичній сестрі задоволення від своєї роботи. Сестринський процес-науковий метод професійного вирішення проблем пацієнта. Він спрямований на зміцнення, збереження здоров'я і запобігання захворювань, планування і надання допомоги під час хвороби і реабілітації з урахуванням всіх складових здоров'я для забезпечення максимальної фізичної, психічної та соціальної незалежності людини [30]. Важливе місце на всіх етапах лікування і реабілітації людини з даною патологією займає саме сестринський процес. Працівники середнього медичного ланки повинні не тільки виконувати призначення лікарів. У них є власний алгоритм ведення хворих після гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК). Багато в чому саме від ролі медичної сестри залежить швидкість одужання хворого і якість його подальшої соціальної адаптації [21].

Види і етапи сестринського процесу. Весь перелік заходів, які здійснюються в процесі сестринського догляду, можна умовно поділити на три групи:

1. Залежні дії, які виконуються після отримання розпоряджень лікарів.

2. Незалежні дії, передбачені правилами і не потребують схвалення лікарів.

3. Взаємозалежні маніпуляції-призначаються лікарем і проводяться медсестрою, але після здійснення якихось дій іншим персоналом.

У палаті інтенсивної терапії або у відділенні після порушення кровопостачання головного мозку медсестри діють строго за встановленою схемою:

1. Проводиться огляд пацієнта з метою визначення ступеня ураження, оцінки загального стану, виявлення потенційних ускладнень.

2. Ставиться попередній сестринський діагноз (порушення рухів, мови, чутливості, життєво важливих функцій, астенія).

3. Складається план дій, незалежний від вказівок лікаря, з метою забезпечення життєдіяльності пацієнта і прискорення процесу його одужання.

4. Реалізація поставлених завдань у процесі взаємодії з рештою медичним персоналом.

5. Оцінка результату виконаної роботи, яка проводиться з урахуванням поставлених на самому початку цілей. [20]

Окремо стоячим етапом роботи медсестри при інсульті є необхідність спілкування з самим пацієнтом і його близькими. Фахівець повинен бути компетентним, відкритим і доступним. Від його дій в цьому напрямку залежить настрій хворого і відповідь його організму на проведені лікувальні маніпуляції.

Відповідальність медсестри при догляді за хворим з інсультом.

Важливість сестринського догляду при гострих порушеннях мозкового кровообігу обумовлена тим, що на кожному з етапів терапії може виникати маса непередбачених проблем. Від спостережливості медсестри і її реакції залежать загальний стан хворого і швидкість його відновлення [30]. Середній медперсонал повинен стежити за життєвими показниками хворого, їх динамікою. При нестабільній ситуації дані потрібно реєструвати кожні 2-3 години і доповідати про їх зміни лікарю.

В ході лікування хворому потрібно отримувати медикаментозне лікування у вигляді ін'єкцій, крапельниць, пероральних форм препаратів. Медсестра повинна не тільки рознести по палатах таблетки і поставити крапельниці, а й простежити, щоб пацієнт отримав необхідні ліки . Після гострого порушення мозкового кровообігу нерідкі випадки зміни свідомості у постраждалих. Деякі з них можуть виривати крапельниці, забувати про прийом ліків або навіть ховати їх [27].

Робота медичної сестри в ранньому періоді.

Гострий період після інсульту є критичним для пацієнта незалежно від того, геморагічна або ішемічна форма патології була у нього зафіксована. Впродовж кількох днів медперсонал середньої ланки виконує маніпуляції, спрямовані на зниження ризику загибелі хворого і ймовірності розвитку у нього ускладнень [18]. Якісний догляд в майбутньому позначиться і на швидкості

відновлення втрачених або змінених навичок. Контроль життєвих показників і функцій. Перша дія на даному етапі-попередження зупинки дихання [45]. У пацієнта, що потрапив в стаціонар, необхідно оглянути ротову порожнину і звільнити її від блювотних мас, зубних протезів, при необхідності усунути западання язика. Санація рота і глотки повинна проводитися щодня. У разі необхідності проводиться пасивна дихальна гімнастика.

Крім цього, необхідно забезпечити дотримання таких моментів:

- годування хворого в разі порушення рухових функцій (через зонд або з ложки)
- підтримка водного балансу;
- контроль гемодинаміки;
- оцінка і корекція психічного стану потерпілого;
- зняття болю і усунення набряклості тканин;
- контроль ЧСС і АТ.

Періодичність всіх маніпуляцій встановлюється лікарем. Про всі зміни в стані пацієнта медсестра повинна негайно повідомляти лікаря [20].

Профілактика ускладнень.

Важливим моментом етапу планування є складання переліку дій, спрямованих на попередження появи додаткових проблем. Перш за все, медсестра повинна чітко виконувати призначення лікаря. Це дозволить швидше вивести пацієнта з критичного стану і не допустити у нього розвитку повторного удару [46]. В перші дні хворий знаходиться на строгому постільному режимі. Якщо стан хворого важкий, лікар може призначити тривалий постільний режим.

Решта профілактичні маніпуляції спрямовані на попередження:

1.Пролежні-підвищена увага приділяється особистій гігієні лежачого хворого, обробці потенційно проблемних місць, регулярній зміні положення тіла.

2. Тромбозу нижніх кінцівок-туге бинтування ніг і надання нижньої частини тіла піднятого положення.

3. Пневмонії-перевертання пацієнта кожні 2,5 години з метою попередження застійних явищ.

4. Інфекції сечовивідних шляхів - використання одноразових підгузників або регулярне промивання сечового міхура при наявності постійного катетера.

У ряді випадків інсульт призводить до порушення функцій тазових органів. Тоді для відправлення пацієнтом природних фізіологічних потреб проводять процедури катетеризації і клізмування. Ці маніпуляції також виконуються медсестрами [21].

Профілактика пролежнів. Найбільшу увагу має бути приділено профілактиці виникнення та лікуванню вже утворившихся пролежнів. Пролежні утворюються при тривалому стисненні м'яких тканин, між поверхнею опори і кістковими виступами, при цьому погіршується крово- і лімфообіг, травмується нервова тканина. Все це призводить до дистрофії, а потім і некрозу шкіри, підшкірно-жирової клітковини, і можливо мускул. Найбільш часті місця утворення пролежнів: хребет, крижі,лопатки, лікті, п'яти.

Профілактика пролежнів:

1. Зміна положення тіла пацієнта кожні 2 години.
2. Суха, чиста і рівна постіль, без крихт і піску.
3. Обтирання пацієнта 10% камфорним спиртом.
4. Під місця кісткових виступів підкладати гумовий круг.
5. Використовувати протипролежневий матрац.
6. Проводити легкий масаж шкіри.

Також необхідна профілактика тромбозу глибоких вен в нижніх кінцівка. У лежачих хворих сповільнюється швидкість кровотоку по судинах, що сприяє підвищенню згортання крові і розвитку тромбозу вен ноги. Найчастіше таке відбувається в паралізованої кінцівки, що робить профілактику тромбозу обов'язковою.

Медична сестра повинна:

1. Забинтувати хвору ногу еластичним бинтом, якщо у хворого є

варикозне розширення вен.

2. Проводити ручний масаж від стопи до стегна.

3. Надати вимушене положення в ліжку (лежачи на спині, підняти ноги на 30°-40° за допомогою подушок і валиків).

Годування пацієнта ділиться на два способи: ентерально (через шлунково-кишкового тракту) і парентерально (минаючи шлунково-кишкового тракту).

Ентерально:

1. За допомогою ложки / поїльника.

2. Через зонд.

3. Через гастростому.

4. Поживна клізма.

Парентерально:введення поживних речовин в організм шляхом внутрішньовенно інфузії.

Медсестра здійснює годування тим способом, який призначив лікуючий лікар, в залежності від стану пацієнта. Так само, кожному хворому призначена дієта, якої він зобов'язаний дотримуватися. Обов'язок медсестри, попередити родичів про перелік дозволених продуктів харчування, і не допустити прийому пацієнтом продуктів, що не входять до цього переліку.

Медична сестра повинна стежити за станом постільної та натільної білизни. Зміна постільної білизни повинна здійснюватися у плановому порядку 1 раз в 7-10 днів. У тяжкохворих пацієнтів, у міру забруднення, так само як і натільне [27].

Гігієнічна обробка пацієнтів:

- Обробка слизових оболонок. Обробка очей: проводиться вранці, після сну, протягом дня, перед сном. Розчини: фурациліну, ромашки аптечної, міцний чай, 2% борної кислоти.
- Обробка вух: проводиться один раз в день, вранці після сну. Розчин: 3% перекис водню, масло.

- Обробка носа: вранці після сну, в міру необхідності. Розчин: вазелінове масло, гліцеринове масло, рослинне масло.
- Обробка рота: вранці після сну, після їжі, перед сном. Розчин: фурацилін, 5% борної кислоти, 2% соди, марганцю, ромашка аптечна, міцний чай.
- Миття волосся 1 раз в тиждень + щоденне розчісування .
- Миття ніг 2 рази в тиждень.
- Стрижка нігтів 1 раз в 2 тижні.
- Обтирання проводиться в міру забруднення [18].

По закінченні критичного періоду починається процес відновлення пацієнта після гострого порушення мозкового кровообігу. Медсестра приймає в ньому найактивнішу участь [49]. Вона продовжує проводити багато з уже перерахованих маніпуляцій з моніторингу стану хворого та профілактики ускладнення. До цього переліку приєднуються процедури, спрямовані на відновлення рухової, мовної та соціальної активності людини [35]. Найчастіше саме на медперсонал середньої ланки лягають обов'язки по проведення базових вправ лікувальної фізкультури і масажу. Медична сестра має бути відмінним психологом, адже їй доводиться спілкуватися з хворим і його близькими. У пацієнтів , які перенесли інсульт різко погіршується якість життя, що в першу чергу загрожує погіршенням психологічного стану хворого, що проявляються депресією і «небажанням бути тягарем» [37]. У цьому аспекті реабілітації хворого особливо важлива роль медичної сестри, адже це саме вона знаходиться біля хворого найбільшу кількість часу, особливо в перші дні, після ГПМК, саме вона стежить за його станом щогодини і контролює прийом лікарських засобів, що сприяють одужанню [36]. Роль медичної сестри в психологічній підтримці невід'ємна як в допомозі хворому приймати їжу, дотримуватися гігієни [14]. Адже якщо говорити простою мовою, більшість людей, які потрапляють в лікарню з інсультом робить їх безпорадними і викликає думки про те, що життя їх не стане колишнім, абсолютно не обізнані

про небезпеку та особливість своєї хвороби. Крім того, саме в обов'язки медичної сестри входить навчання родичів хворого поводженню з ним, фізичної допомоги і моральної підтримки, а це в період реабілітації навіть важливіше, іншої терапії, адже від бажання самого хворого вилікуватися якомога швидше, а також від підтримки його родичів і близьких в чималому ступені залежить час відновлення до звичного життя хворого [50]. Як правило люди, які перенесли гостру недостатність мозкового кровообігу мало обізнані про те, як і що може допомогти їм відновити нормальний ритм і рівень життя якомога швидше. А значить на кого вони можуть сподіватися? Тільки на людину в білому халаті, яка щодня піклується про них і допомагає їм зберегти віру у власне одужання - на медичну сестру. Вона повинна мотивувати та заохочувати пацієнтів до виконання всіх реабілітаційних заходів, надавати психоемоційної підтримки та підтримувати їх у всіх стараннях повернутися до свого повсякденного життя. В процесі догляду вона вчить хворих виконанню маніпуляцій по самообслуговуванню [13].

1.3. Види і етапи сестринського процесу. Робота мед сестри в гострому періоді

Реабілітація - комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених функцій. У гострому періоді інсульту рання реабілітація сприяє:

- попередження та лікування ускладнень, пов'язаних з іммобілізацією, супутніх захворювань;
- поліпшенню загального фізичного стану пацієнта;
- попередження повторного інсульту;
- виявлення та лікування психоемоційних розладів;
- визначення функціонального дефіциту і збережених можливостей пацієнт.

Нерухомість хворого в гострому періоді інсульту може бути причиною розвитку багатьох ускладнень. Правильний догляд і рання активізація

хворого, багато в чому сприяє попередженню розвитку ускладнень[21,19].

Контроль терморегуляції:

1. Температура повітря в приміщенні повинна бути в межах 18-20 С.
2. Необхідно провітрювати палати.
3. Неприпустимо використання перин і товстих ковдр на ліжку хворого.

Біль і набряк в паралізованих кінцівках. Лікування болю і набряків в паралізованих кінцівках:

- повне виключення звисання кінцівок;
- підтримання достатньо обсягу пасивних рухів;
- застосування пневматичної компресії або бинтування спеціальними бинт;
- Періодичне надання, паралізованим кінцівкам піднятого положення.

Корекція порушень психіки. Медична сестра повинна:

1. За погодженням з лікарем обмежити спілкування пацієнта при вираженій емоційної лабільності і стомлюваності.
2. Підключати до лікування та реабілітації осіб, що викликають позитивні емоції у хворого.
3. При необхідності багаторазово повторювати інструкції і відповідати на питання пацієнта.
4. Не квапити пацієнта.
5. При порушенні пізнавальних функцій, нагадувати пацієнту про час, місце, значущих особах.
6. Мотивувати пацієнта до одужання .

Роль медичної сестри по відновленню мови, навичок письма і читання:

1. Заняття з хворим за вказівкою логопеда.
2. Читання.
3. Мовна гімнастика.

4. Вимова звуків і складів.

Роль медичної сестри у відновленні навичок самообслуговування:

1. Обговорити з лікарем обсяг рухової активності.

2. Оцінити рівень функціональної залежності.

3.Забезпечити хворого пристосуваннями, що полегшують самообслуговування.

4. Заповнити дефіцит власними діями в розумних межах не викликаючи почуття збентеження і безпорадності.

5. Контролювати стан пацієнта, уникаючи розвитку перевтоми.

6. Проводити індивідуальні бесіди з хворим.

Роль медичної сестри з відновлення рухових навичок:

1. Заняття з хворим за вказівками методиста ЛФК (лікувальної фізкультури).

2. Лікування становищем.

3. Дозована ходьба.

4. Біомеханіка кроку.

Роль медичної сестри щодо зниження ризику травматизму:

1. Організувати навколишнє середовище.

2. Забезпечити допоміжними засобами.

3. Забезпечити додаткову підтримку.

Найбільш ефективним методом відновлення стійких патологічних систем (контрактур, артралгії, патологічних рухових стереотипів і поз) або зменшення ступеня їх вираженості є лікування положенням (ЛП).

ЛП - це надання паралізованим кінцівкам і тілу правильного положення (коригуючі пози) протягом того часу, коли хворий знаходиться в ліжку або в положенні сидячи.

ЛП включає: укладання паралізованих кінцівок на одному рівні, в горизонтальній площині при положенні пацієнта на здоровому боці, положення на паралізованій стороні, укладання в положенні протилежної позі Верніке-Манна(своєрідна поза хворого при центральному геміпарезі (паралічі), розвиненому внаслідок ураження внутрішньої капсули: приведення плеча до

тулуба, згинання передпліччя, згинання та пронація кисті, розгинання стегна, гомілки і підошовне згинання стопи; обумовлена підвищенням м'язового тонусу згиначів рук і розгиначах ноги) , положення на животі без подушки, положення на животі з опорою на передпліччя і кисті.

Лікувальна гімнастика. Важливий етап відновлення організму після інсульту. Вона допомагає поліпшити кровообіг, нормалізувати обмінні процеси, знизити застій крові в тканинах. Досягти подібних результатів одними медикаментами неможливо. Лікувальна гімнастика для відновлення після інсульту повинна проводитися вже на 2-3 добу після того, що сталося нападу. На самому початку –пасивні заняття, які ідеально підходять для тих випадків, коли хворий ще не має повної самостійності. В цьому випадку йому необхідна допомога родичів або медперсоналу. Виконувати пасивні вправи рекомендується щодня і багаторазово, повторюючи руху в кожному суглобі до 10-15 разів. Треба враховувати реакцію хворого на рухи, не допускати появи болів, затримки дихання, підвищення спастичності м'язового тонусу, зростаючого при пасивному розтягуванні м'язи.

Логопедичні заняття. Процес відновлення втраченої мовної функції повинні починати фахівці. Він включає в себе медикаментозне лікування і логопедичні вправи.Відновлення мови може зайняти досить тривалий час, куди більше, ніж відновлюються, наприклад, рухові функції [15]. Часом до того моменту, коли людина зможе на належному рівні оволодіти усним мовленням, проходить не один рік. Весь цей час потрібно підтримувати в ньому інтерес, не давати замикатися в собі і говорити з ним, навіть якщо спочатку він не відповідає. Для родичів рекомендується щодня підтримувати бесіди з людиною, яка перенесла інсульт. Мова повинна бути неквапливою, спокійною і неголосною. Протипоказано обговорювати мовні труднощі та інші наслідки інсульту в присутності пацієнта [42]. Рекомендується повідомляти людині про будь-які мінімальні досягнення. Вправи, спрямовані на відновлення мови після інсульту, слід виконувати відразу ж після того, як настала стабілізація стану.

Відновленню мови сприяє спів, читання букваря. Починати читати потрібно зі складів, потім переходити на слова, пропозиції. В якості вправи для відновлення мови після інсульту потрібно, щоб пацієнт намагався переказувати невеликі тексти. Для початку можна задавати йому навідні запитання, поступово людина, яка перенесла інсульт, зможе робити перекази самостійно [11].

Відновлення рухів. Проводити відновлювальні заходи, варто повільно, але вірно. Не потрібно поспішати, але і затягувати відновлення теж не варто. Лікувальна гімнастика, так само сприяє відновленню порушених функції. Починати ходити можна тільки з дозволу лікаря, не варто займатися самодіяльність. Найкраще, якщо дозволяє стан, вчитися заново ходити, варто, перебуваючи в стаціонарі [39]. Для початку проходити короткі дистанції, наприклад, дійти до туалету або кінця коридору, краще використовувати ходунки, або милиці. Коли процес ходьби покращитися, можна ходити, тільки тримаючись за руку, маючи поруч міцну опору. На шляху не повинно бути ніяких перешкод, підлога повинна бути сухою, взуття не повинна ковзати по підлозі. Якщо хворий вже може вставати самостійно, необхідно подбати про те, щоб біля ліжка стояло зручне крісло. Воно повинно бути низьким (щоб зручніше було вставати), з твердим сидінням і досить широкими підлокітниками. Можна прикріпити до крісла саморобний столик – він послужить підтримкою для паралізованої руки. Крім того, такий столик буде зручний для їжі і різних інших занять-читання, відновлення вправа. [12,13].

Роль медсестри в навчанні родичів догляду за хворим. Завдання медсестри-ознайомити родичів зі специфікою догляду за постінсультними хворими, особливостями дієти і питного режиму, навчити простим методам спостереження за станом хворого, вимірювання артеріального тиску і пульсу, алгоритму заходів при погіршенні стану хворого. Практично, навчити прийомам догляду, що здійснюються в стаціонарі.Але так само, завдання медсестри не тільки в тому, щоб навчити родичів правильному догляду, але і

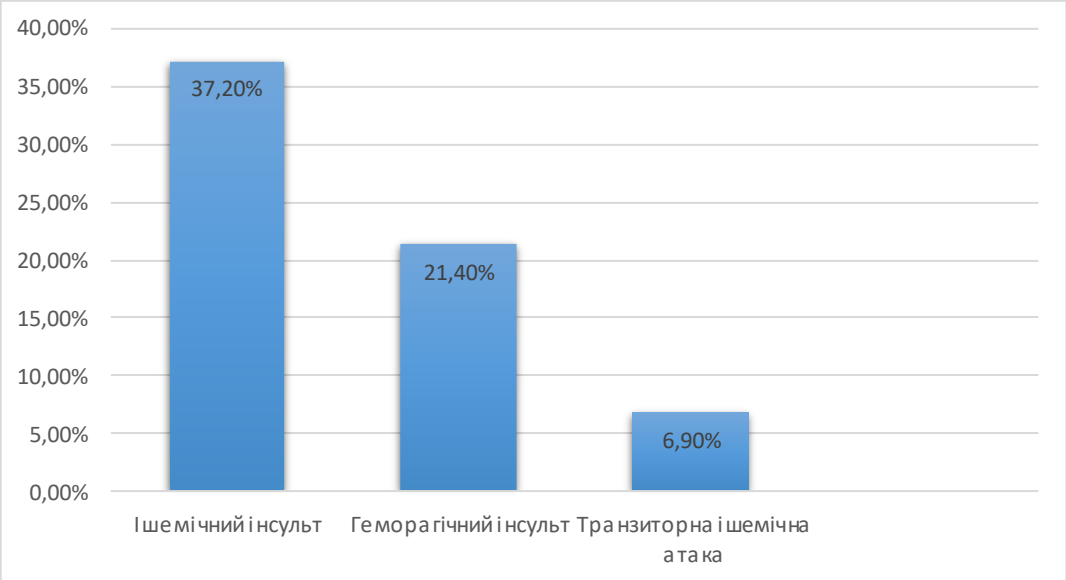
психологічно підготувати до того, що їм належить здійснювати догляд самостійно, залишившись з безпорадним хворим один на один. Потрібно дати зрозуміти родичу, що правильний догляд і підтримка, допоможуть хворому швидше відновитися. Важливо постійно підбадьорювати хворого, розширювати його функціональні можливості, вселяти в хворого віру, що він зможе хоча б частково обслуговувати себе і не бути в тягар своїй родині.У будинку хворому необхідно забезпечити сприятливі умови для життя. Так само, потрібно допомогти родичу зрозуміти, що не все безнадійно, і саме від його підтримки, залежить стан хворого. Медсестра повинна допомогти родичам подолати страх, вселити надію на краще майбутнє. Медична сестра не тільки бере участь в реабілітації пацієнта, в відновленні втрачених функцій, але і здійснює догляд за хворим, тим самим допомагаючи поліпшити якість його життя. Тому, медсестра є невід'ємним учасником в житті пацієнта, на момент хвороби і відновлення [33,40].

Сестринський догляд за пацієнтами, які перенесли інсульт, важливий на всіх етапах роботи з хворим. Люди, які перенесли сильне потрясіння, не відчувають впевненості у власному тілі і своїх силах, потребують постійній підтримці. Допомога, підказки та увага досвідченої медсестри здатні повернути хворим потрібний настрій. Це забезпечить більш плавний вихід з критичного періоду і підвищить ефективність фази відновлення [18].

РОЗДІЛ 2 Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі КНП ХОР Обласна клінічна лікарня у неврологічному відділенні. Відділення розраховано на 40 ліжок. У 2020 році перебувало на лікуванні 1450 пацієнтів з різною неврологічною патологією. ГПМК складає 65,5% від загальної кількості хворих, з них хворі розділилися наступним чином (Мал.2.1) :

- Ішемічний інсульт – 540 (37,2%) осіб
- Геморагічний інсульт – 310 (21,4%) осіб
- Транзиторна ішемічна атака – 100 (6,9%) осіб



Мал.2.1 Розподіл хворих за нозологічними формами

Штат середнього медичного персоналу налічує 12 осіб. Розподіл обов'язків представлений у (табл.1)

Таблиця.1

«Штатний розклад КНП ХОР «ОКЛ» неврологічного відділення №2»

Посада	Фізичні особи
старша м/с	1
маніпуляційна м/с	2
палатна м/с	9
всього	12

У проведеному дослідженні прийняло участь 11 медичних сестер та 30 пацієнтів. Всім було запропоновано анкети, відповідали анонімно і один раз. Всі дані були зібрані в таблиці і класифіковані за відповідями. Отриманні данні були класифіковані в таблиці Excel та в діаграми, що дає можливість найкращого відображення окремого питання, та можливість проведення порівняльної характеристики.

Серед всіх пацієнтів до яких застосовувалося анкетування проводилося також дослідження на розуміння даної проблеми. Були запропоновані питання, які розкривали усвідомлення, важливість сестринського догляду, а також на індивідуальне розуміння і сприйняття, разом з питаннями на можливість утворення і отримання всіх необхідних знань, що стосуються теми. Всі відповіді були класифіковані за віковою і гендерною ознаками.

Дизайн дослідження включав II етапи:

I етап:

За допомогою складеної анкети (Додаток 1), було проведено опитування медичних сестер неврологічного стаціонару №2 Харківської обласної клінічної лікарні. Анкетування включало збір особистих і професійних відомостей респондентів для подальшого аналізу.

II етап:

За допомогою анкети (Додаток 2), були опитані пацієнти, які лікувалися в стацонарі. Анкетування було на момент виписки пацієнтів. Опитування проводилося з метою виявлення усвідомлення проблеми пацієнтів із здоров'ям оцінки якості роботи медичних сестер з точки зору хворих осіб.

РОЗДІЛ 3 Результати та обговорення

3.1. Аналіз результатів анкетування медичних сестер

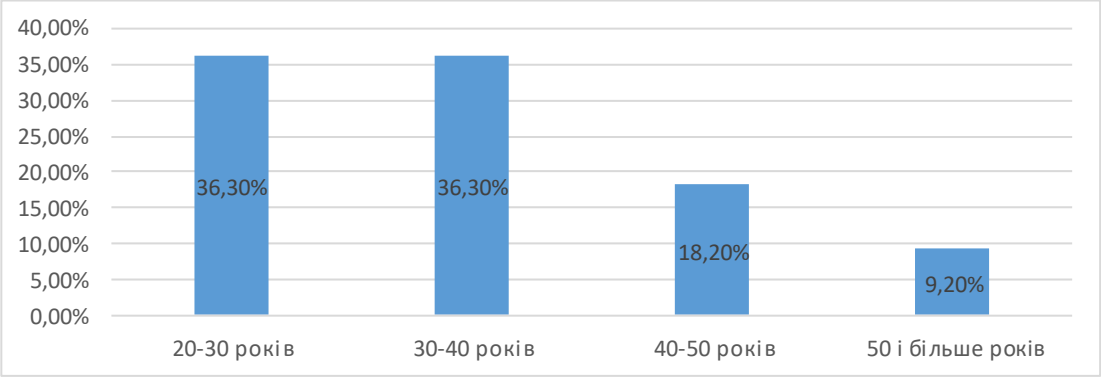
Опитування проводилось серед медичних сестер неврологічного стаціонару №2 ОКЛ. Їм було запропоновано відповісти на ряд питань. В анкетуванні взяли участь 11 медичних сестер. Більшість з них молоді спеціалісти у віці від 20 до 40 років (72,6%). Загалом мають середню спеціальну

освіту (54,5%). Загальний стаж роботи працівників складає до 3-х років - 3 особи (27,3%) , від 3 до 7 років - 6 осіб (54,5%), понад 7 років - 2 працівники (18,2%). 3 медичні сестри (27,3%) навіть не мають ще кваліфікаційної категорії у зв'язку з мінімальним стажем роботи. Основна маса медичних сестер неврологічного відділення має сім'ю та дружні стосунки в колективі, що може оказувати позитивний вплив на емоційні показники та психологічний стан робітників. Не дивлячись на часті перевантаження роботу з важкими пацієнтами більша частина середнього медичного персоналу задоволені своєю роботою (90,8%), але не задоволені заробітною платою (90,9%). Проводимо детальний аналіз відповідей медичних сестер .

На даній діаграмі ми бачимо, що медичні сестри поділилися за віком наступним чином :

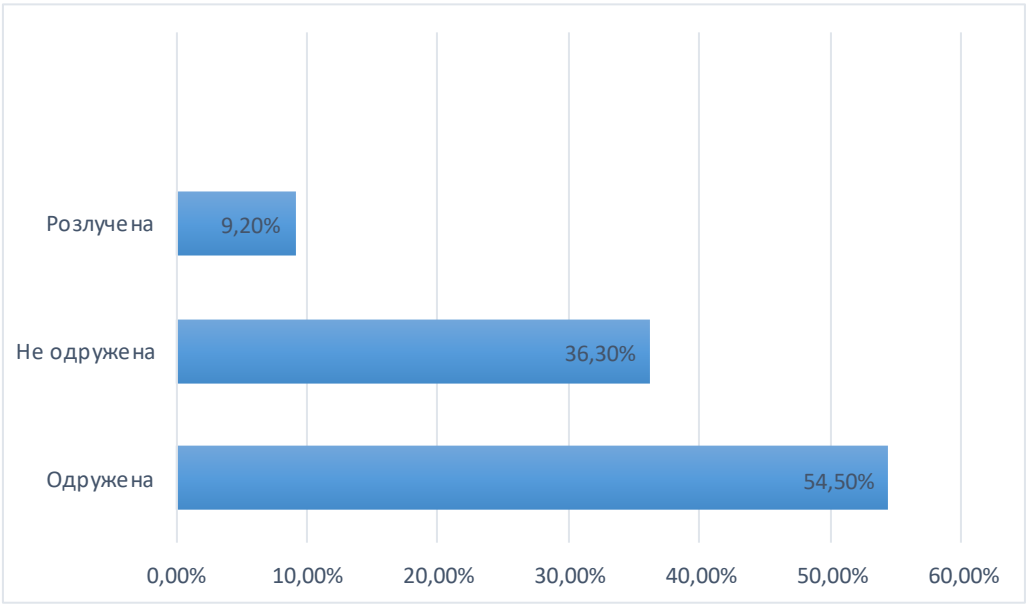
- 20-30 років - 4 м/с (36,3%)
- 30-40 років - 4 м/с (36,3%)
- 40-50 років - 2 особи (18,2%)
- 50 і більше - 1 особа (9,2%).

Більшість з них молоді особи.



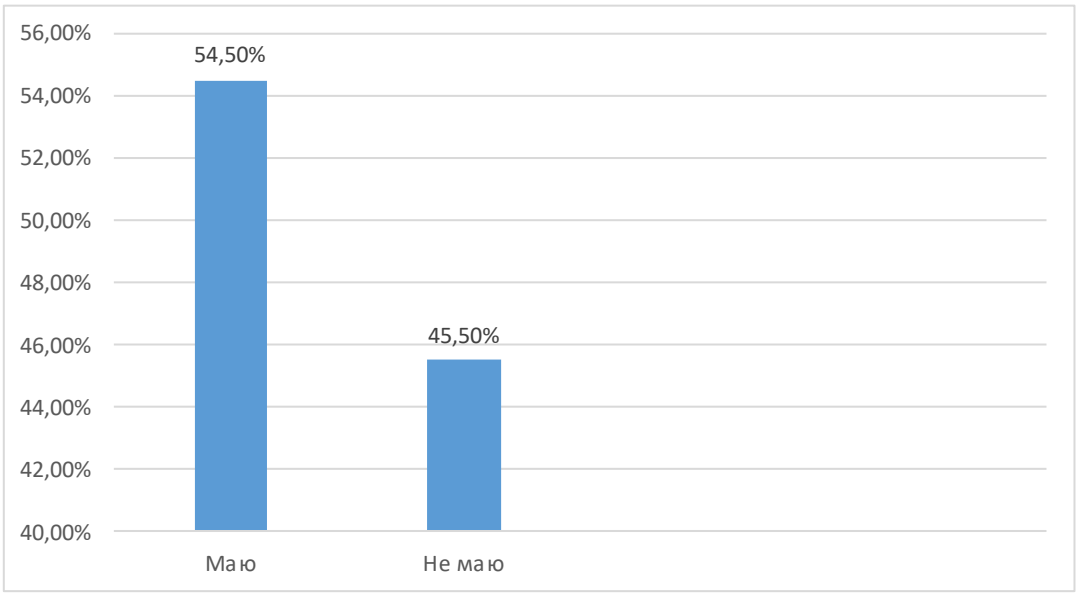
Мал.3.1.1 Розподіл медичних сестер за віком

За результатами опитування 6 осіб (54,5%) медичних сестер перебувають у шлюбі, ще 4 особи (36,3%) не перебувають у шлюбі, і одна (9,2%) медична сестра розлучена.



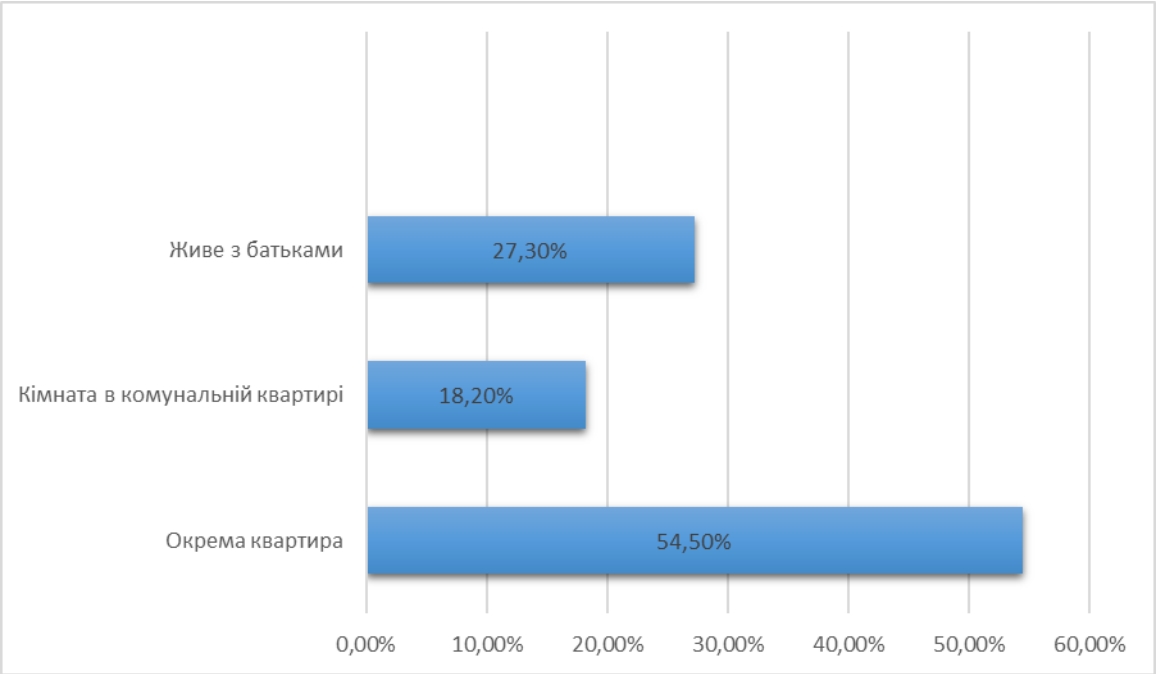
Мал.3.1.2 Сімейний статус респондентів

Дітей має 6 (54,5%) опитаних медичних сестер, а 5(45,5%) осіб дітей ще не має.



Мал.3.1.3 Наявність дітей у медичних сестер

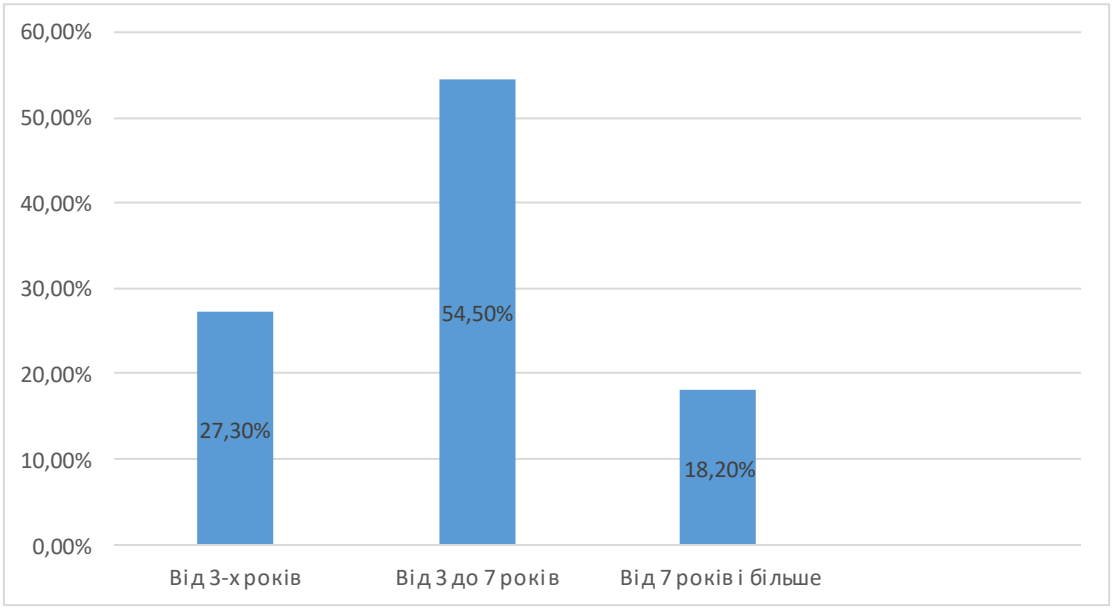
Більшість 6(54,5%) медичних сестер мають окрему квартиру, 2(18,2%) мають кімнату в комунальній квартирі, і 3(27,3%) живуть з батьками.



Мал.3.1.4 Умови проживання

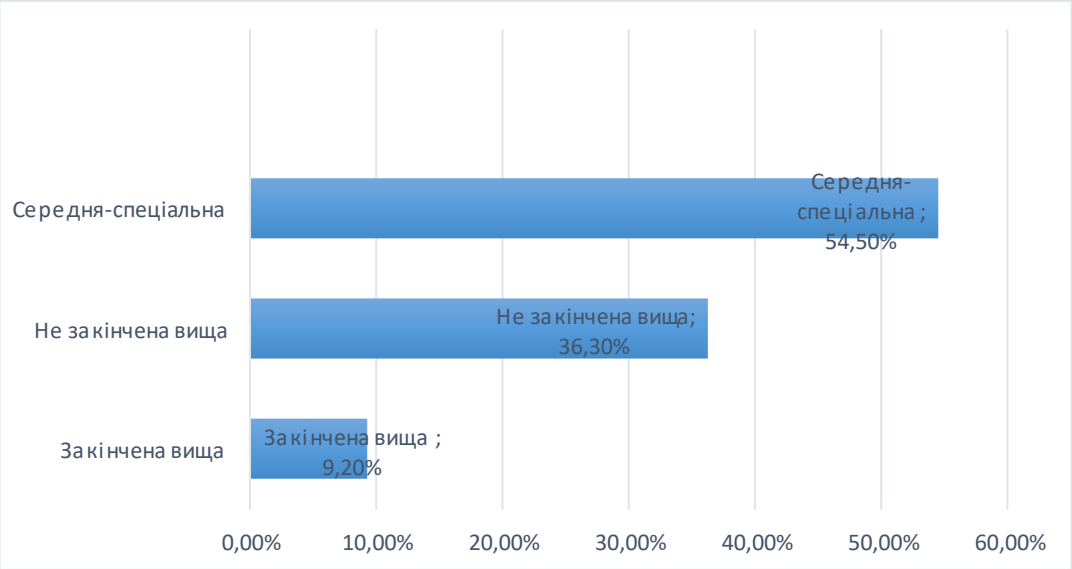
За результатами опитування :

- 6 робітників (54,5%) - мають загальний стаж роботи медичною сестрою від 3 до 7 років,
- 3 особи (27,3%)– мають стаж до 3-х років ,
- 2 особи (18,2%)– мають стаж роботи понад 7 років



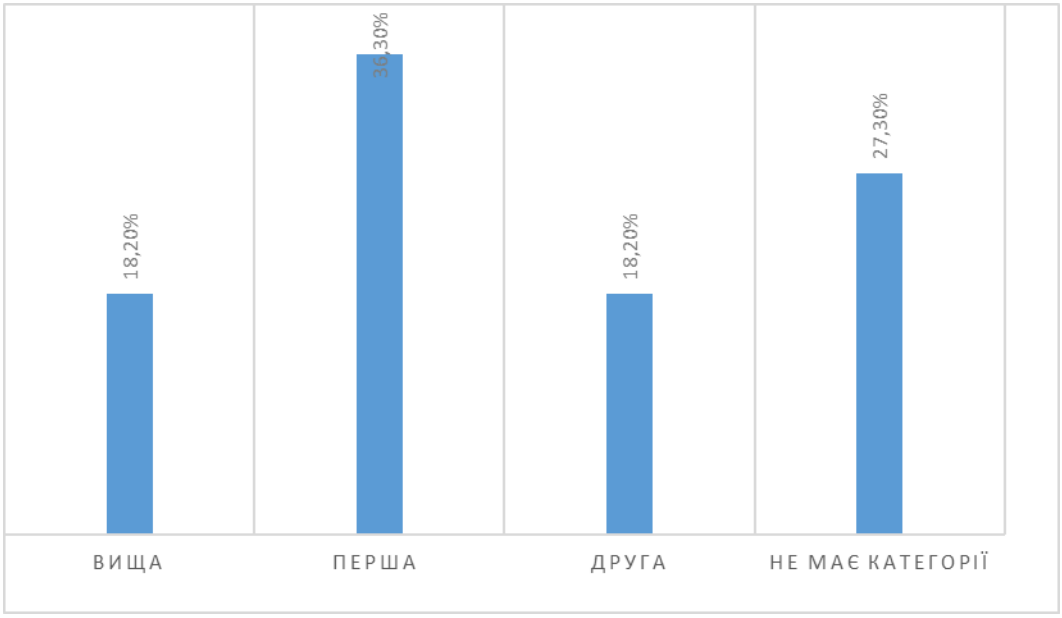
Мал.3.1.5 Стаж роботи медичної сестри

Більшість медичних сестер мають середньо-спеціальну освіту 6 осіб (54,5%), але так само 4 особи (36,3%) мають не закінчену вищу освіту, і лише тільки1 мед. сестра (9,2%) має повну вищу освіту магістр «Медсестринство».



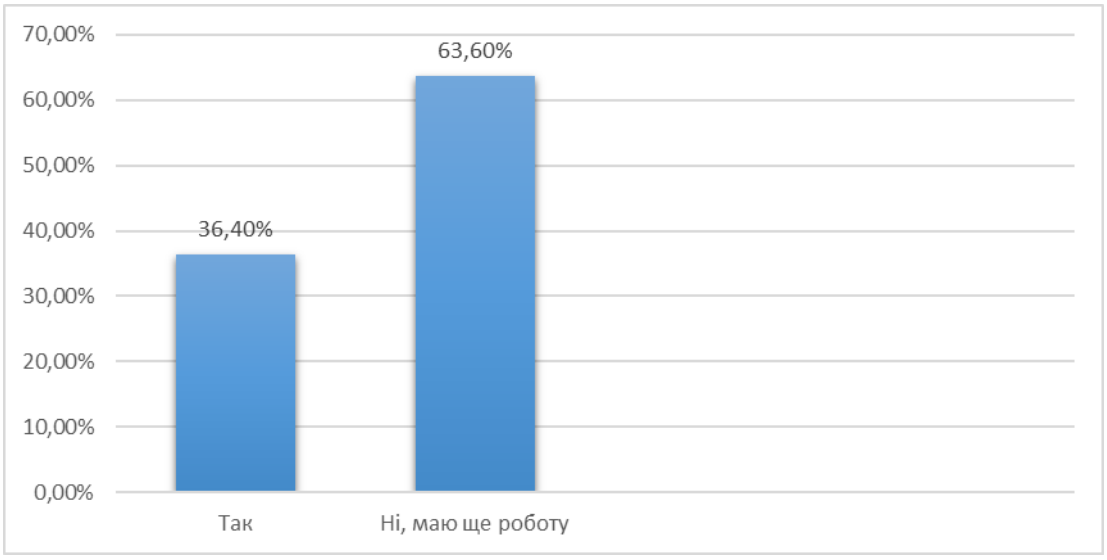
Мал.3.1.6 Рівень освіти медичних сестер у неврологічному відділенні

Вищу кваліфікаційну категорію мають тільки 2 особи (18,2%), першу категорію мають більшість працюючих мед.сестер 4 особи (36,3%), другу категорію мають 2 особи (18,2%), не мають взагалі категорії 3 особи (27,3%) у зв'язку з мінімальним стажем роботи.



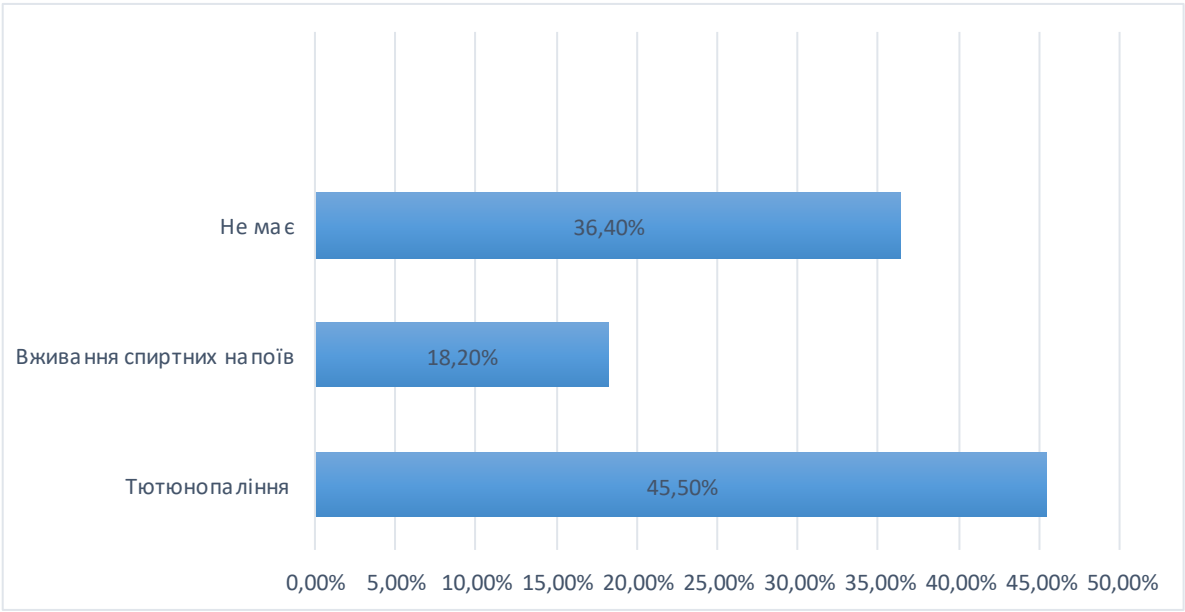
Мал.3.1.7 Наявність кваліфікаційної категорії у медичної сестри

Досліджено що тільки 4 (36,4%) медичної сестри працюють у неврологічному відділенні №2. Більшість працюють на умовах сумісництва 7 (63,6%) медичних сестер, мають ще роботу і розглядають цю роботу, як додатковий заробіток.



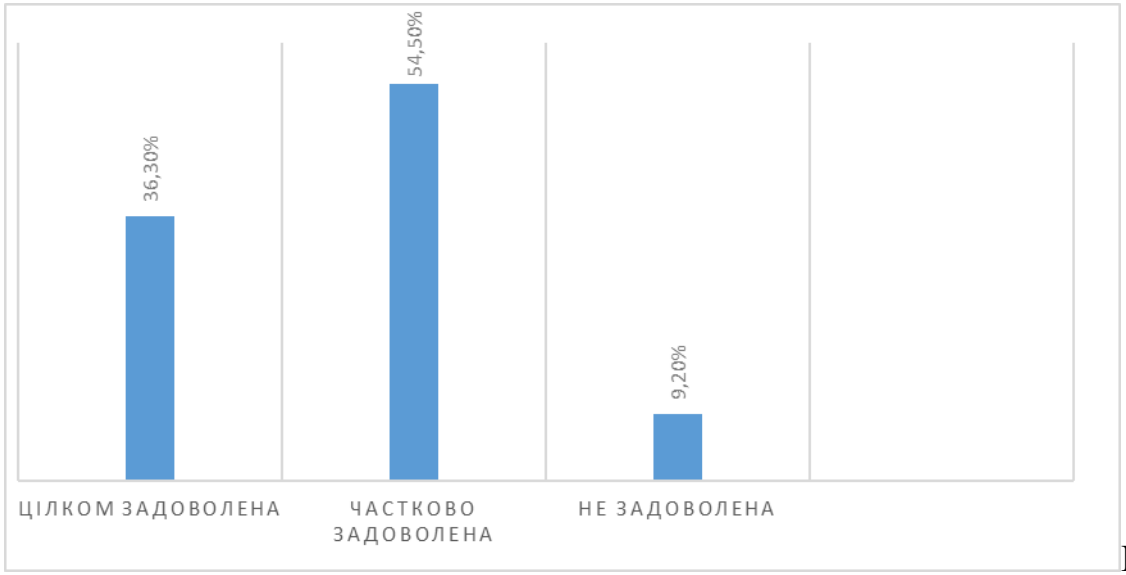
Мал.3.1.8 Чи основне це місце роботи?

На жаль, багато сестер мають шкідливі звички: 5 (45,5 %) осіб палить, а 2 (18,2 %) особи вживають спиртні напої, але не зловживають їм, а вживають по святах, 4 (45,5 %) медичні сестри не мають шкідливих звичок.



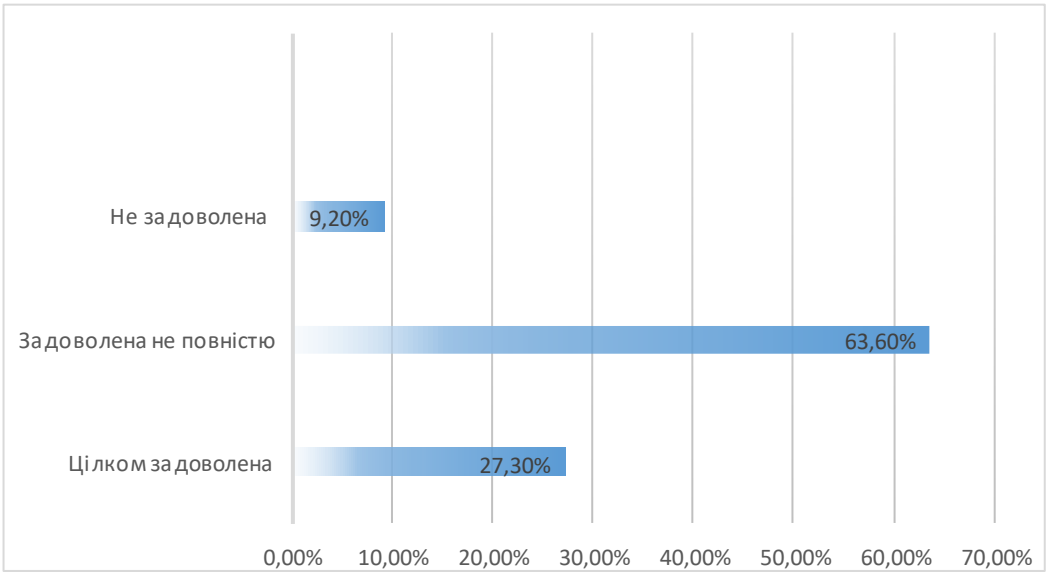
Мал.3.1.9 Наявність шкідливих звичок

На запитання «Задоволеність роботою» були отримані наступні результати: 4 особи (36,3%) медичних сестер задоволені своєю роботою , частково задоволені 6 осіб (54,5%), і всього лише тільки 1 медична сестра (9,2%) не задоволена своєю роботою.



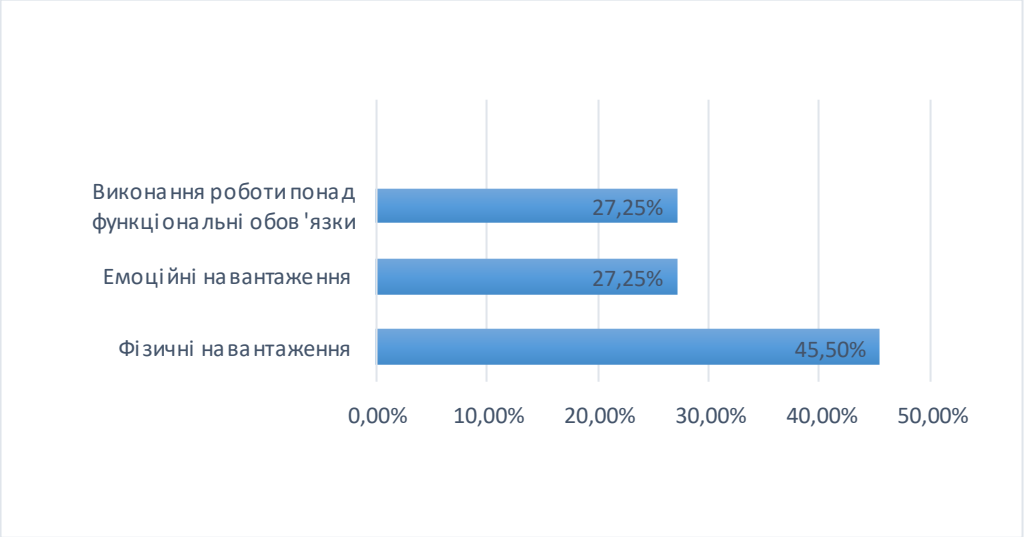
Мал .3.1.10 Задоволеність своєю роботою

На наступне запитання «Задоволеність рівнем заробітної плати» результати розподілилися так, що 7 осіб (63,6%) медичних сестер НЕ задоволені заробітною платою, задоволені не повністю 3 особи (27,3%) , а всього лише 1 медсестра (9,2 %) - цілком задоволена.



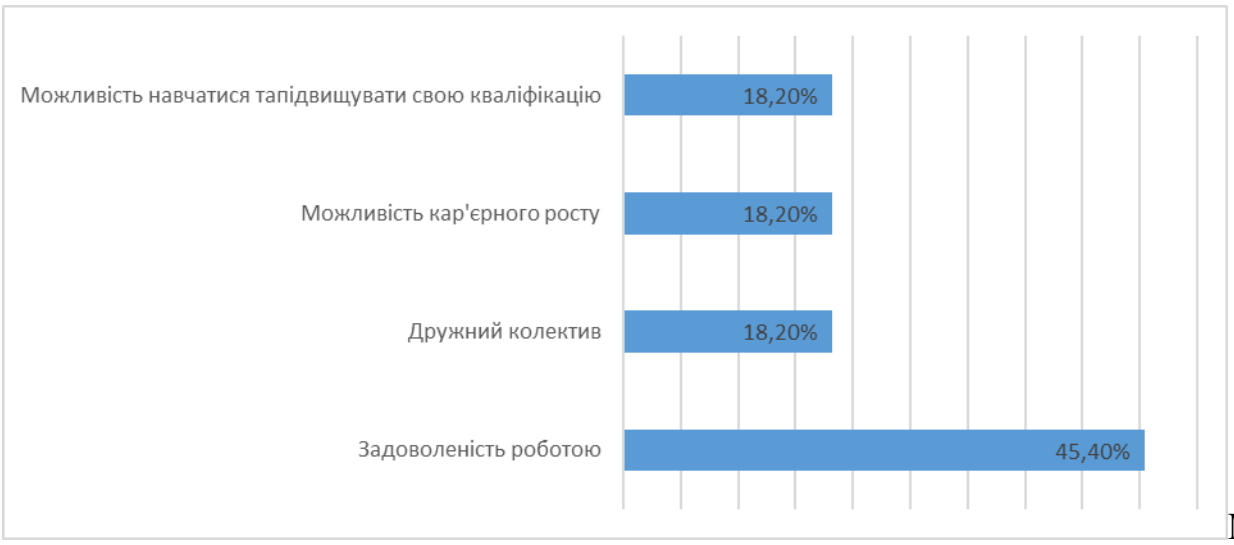
Мал.3.1.11 Ступінь задоволеності медичних сестер заробітною платою

Загальна незадоволеність роботою обумовлена наступними чинниками. 3 особи (27,25%) – вважають, що на них негативно впливають виконання роботи понад функціональні обов'язки, такий самий процент ми спостерігаємо і при емоційному навантаженні - 3 особи (27,25%), і 5 осіб (45,5%) вважають, що на них негативно впливають саме фізичні навантаження. Це відповідає дійсності. Медичні сестри за робочу зміну приймає до 10 тяжких пацієнтів-це велике фізичне навантаження для жінки.



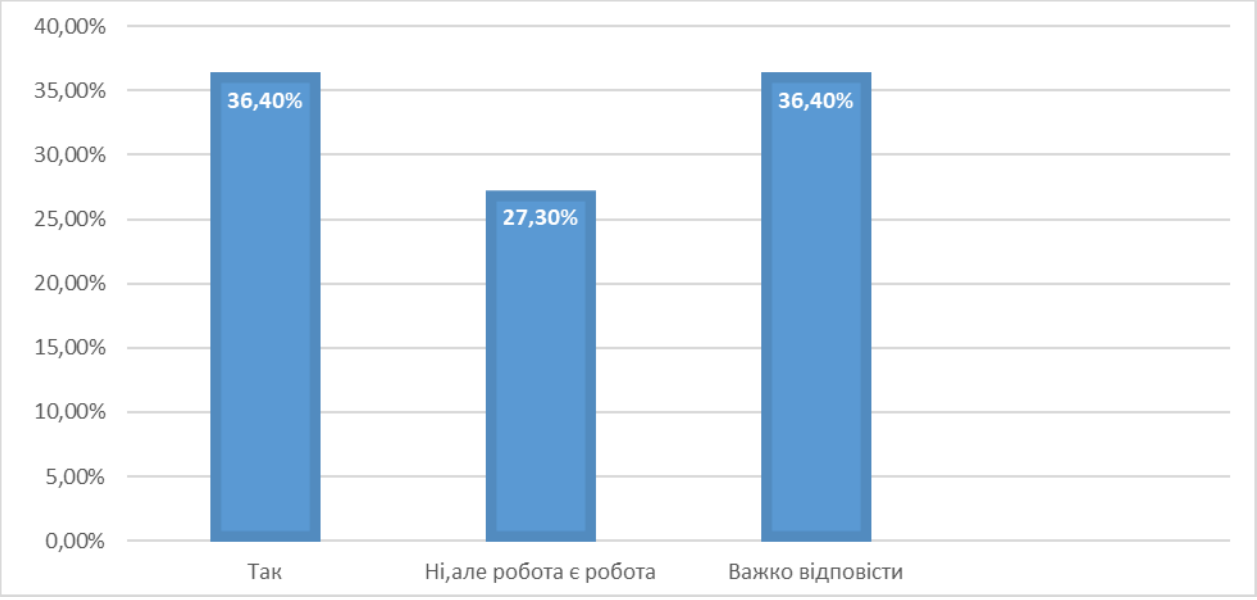
Мал.3.1.12 Фактори, що негативно впливають на медичних сестер на робочому місці

У той же самий час негативні фактори компенсуються можливістю роботою у дружньому колективі ,взаємодопомогою та перспективами кваліфікаційного та кар'єрного росту. На 5 осіб (45,5%) медичних сестер позитивно впливає задоволеність роботою, на 2 особи (18,2%) – дружний колектив, також на 2 особи (18,2%) впливає можливість кар'єрного росту , і на 2 особи (18,2%) - можливість навчатися та підвищувати свою кваліфікацію. Кожна медична сестра відповіла як вважала за потрібне.



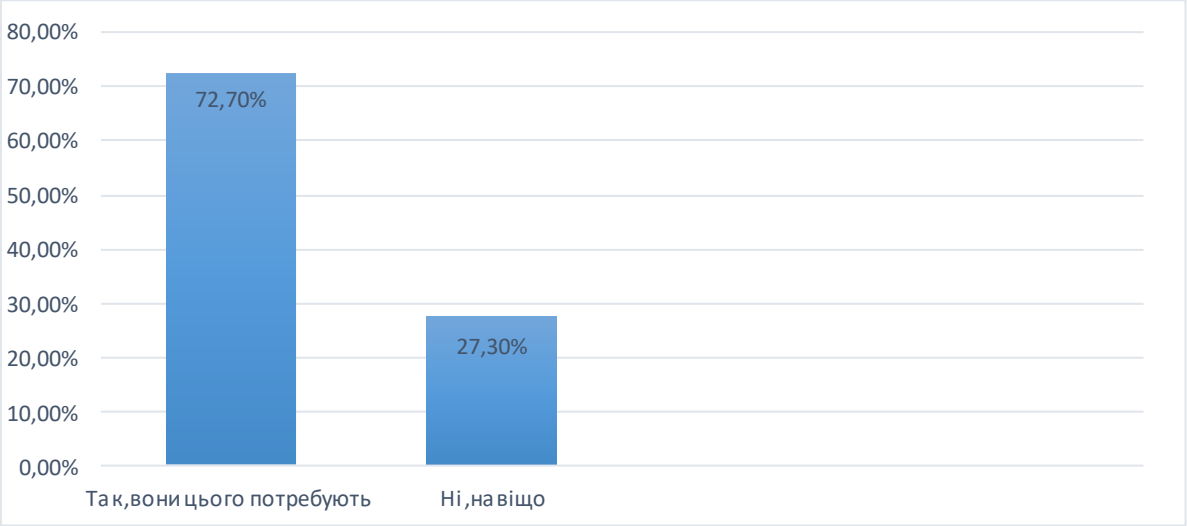
Мал.3.1.13 Фактори, що позитивно впливають на медичних сестер на робочому місці

На питання «Чи подобається вам працювати з важкими хворими?» відповіді розподілились таким чином: так відповіли 4(36,4%) медичні сестри, ні відповіли 3(27,3%) , і важко відповісти 4(36,4%).



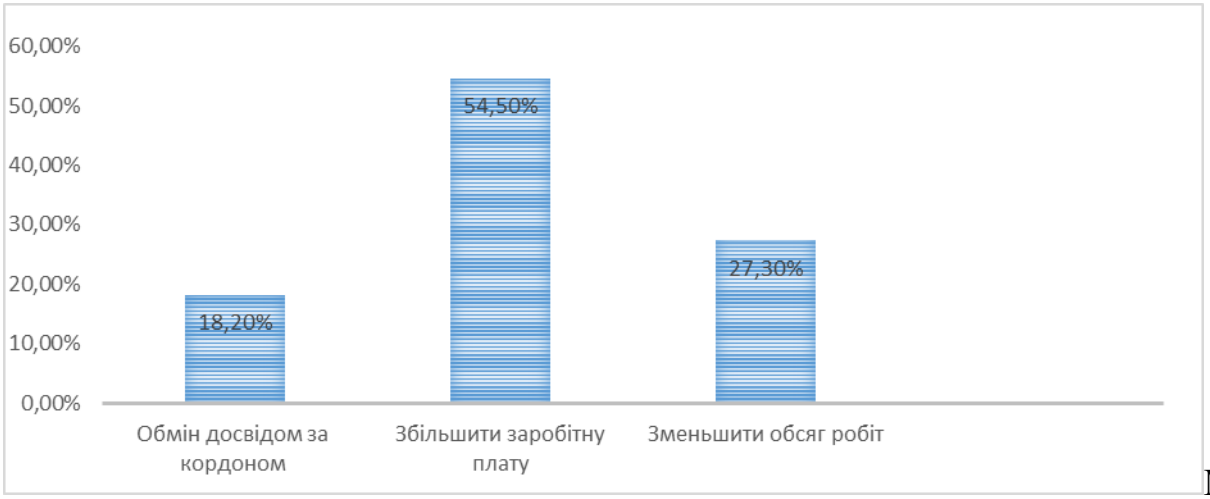
Мал.3.1.14 Чи подобається Вам працювати з важкими хворими?

Більшість з опитування медичних сестер 8 (72,7%)відноситься з співчуттям до пацієнтів які потрапили в складну ситуацію та роблять все можливе для психологічної підтримки. Але, нажаль, 3 медичні сестри (27,3%) демонструє байдужість до важко хворих пацієнтів.



Мал.3.1.15 Чи надаєте ви психологічної підтримки інсультним хворим?

Респондентам було запропоновано внести корективи, що зможуть поліпшити роботу медичних сестер: більшість опитуваних 6 осіб (54,5%) вважають підвищення заробітної платні основним фактором. На той же час 3 особи (27,3%) зменшити обсяг робіт. І тільки 2 особи (18,2%)бажали би підвищити рівень освіти, власного досвіду.



Мал. 3.1.16 Заходи для оптимізації роботи медичної сестри

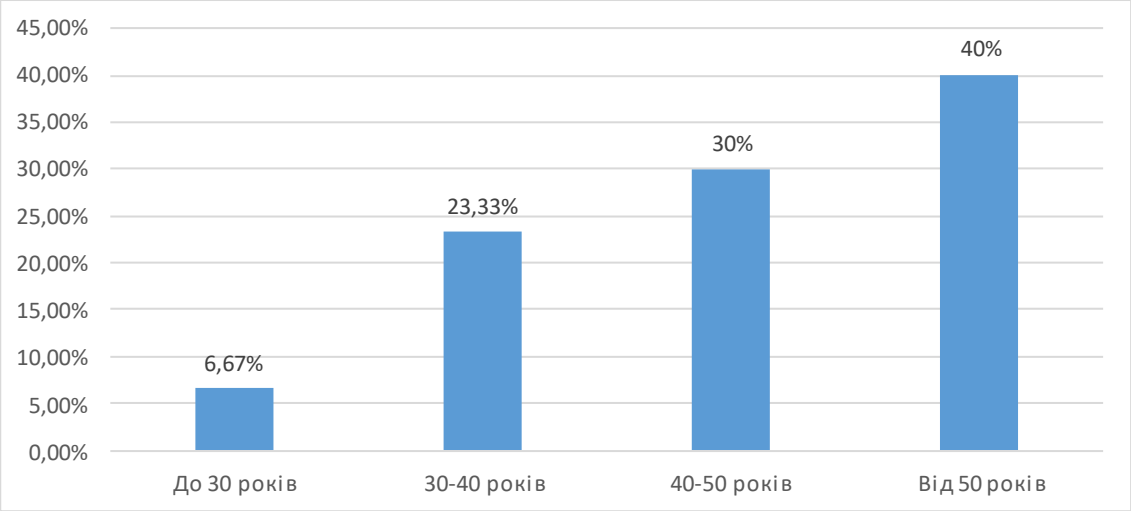
3.2. Аналіз результатів анкетування пацієнтів

Було проведено опитування пацієнтів неврологічного стаціонару №2. В якому взяло участь 30 осіб з ГПМК з них 17 осіб (56,67%) - чоловіків, 13 осіб (43,33%)- жінок. Їм було надано ряд питань на які вони давали свої відповіді. Проаналізуємо відповіді пацієнтів.

Швидкою медичною допомогою було доставлено 10 (33,33%)пацієнтів , 13 (43,33%) пацієнтів направлені лікарями поліклініки, і 7 (23,33%) пацієнтів звернулися за допомогою самостійно. У багатьох пацієнтів відмічається пізнє звертання за кваліфікованою медичною допомогою. У перші 6 годин з моменту захворювання , за медичною допомогою звернулися усього лише - 6 (20%) пацієнтів, до 24 годин – 8 (26,67%)пацієнтів , а більше 24 годин – 16 (53,33%) пацієнта. Унаслідок пізнього звернення пацієнтів за медичною допомогою до лікарні процес відновлення функції та реабілітації значно довший ніж, коли хворі звертаються за допомогою своєчасно.

Причини ГПМК пов’язані з негативними факторами зовнішнього середовища, спадковістю та шкідливими звичками людини. Багато опитаних хворих були курцями – 16 (53,33%) пацієнта, зловживала алкоголь - 9(30%) , також спадкова схильність була у 9 (30%) пацієнтів . При цьому головними факторами ризику ГПМК є захворювання серцево-судинної системи, цукрового діабету. 18 (60%) опитаних пацієнтів мають в анамнезі гіпертонічну хворобу серця, ще 9 (30%) страждають на цукровий діабет.

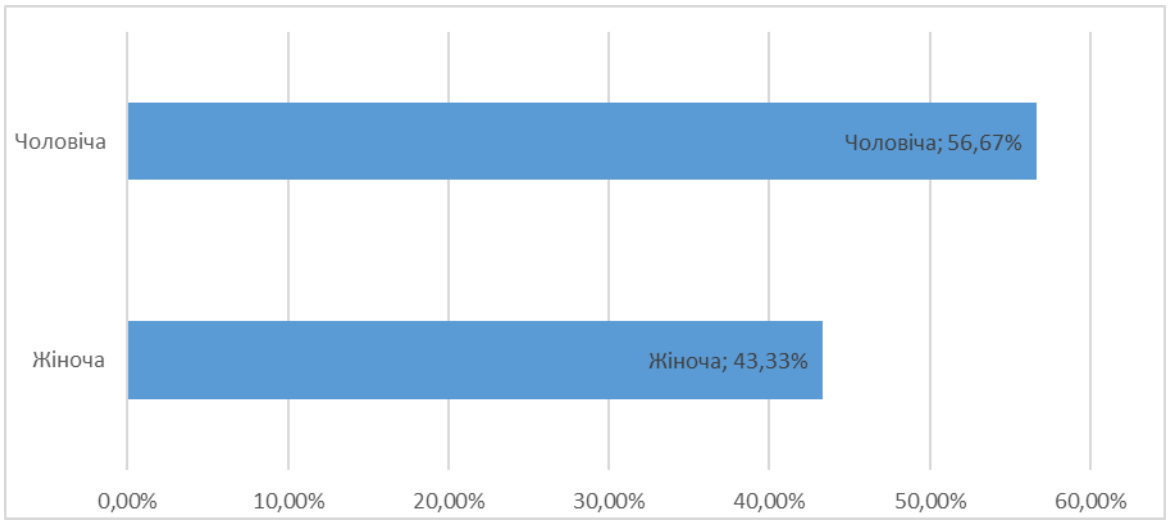
З анкетованих - 7% становлять особи до 30 років. Особи від 30-40 років – 23%. 40-50 років становить - 30%, а від 50 років – 40 %. На даній діаграм ми бачимо, що чим більше вік, тим вище ризик виникнення інсультів, так як у людей після 50 років ризик інсульту збільшується з кожним десятиліттям



вдвічі.

Мал.3.2.1 Розподіл респондентів за віком

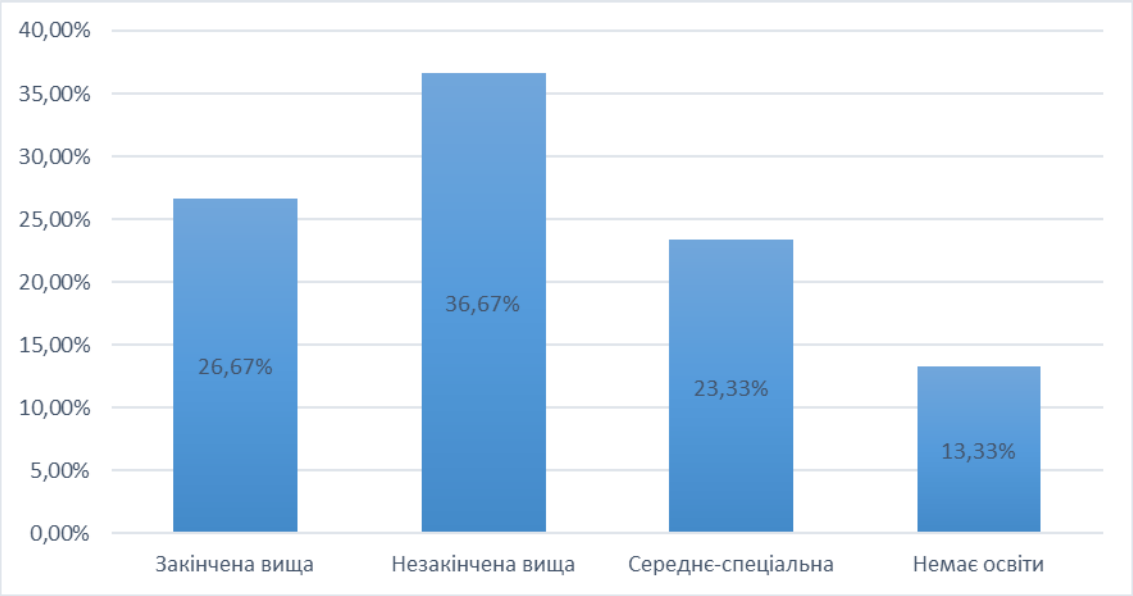
З опитаних більша кількість чоловіків - 17 осіб (56,67%). Жінок-13 осіб (43,33%).У чоловіків ризик розвитку інсульту зростає з 40 років, в той час як у жінок - після 60 років.



Мал.3.2.2 Розподіл респондентів за статтю

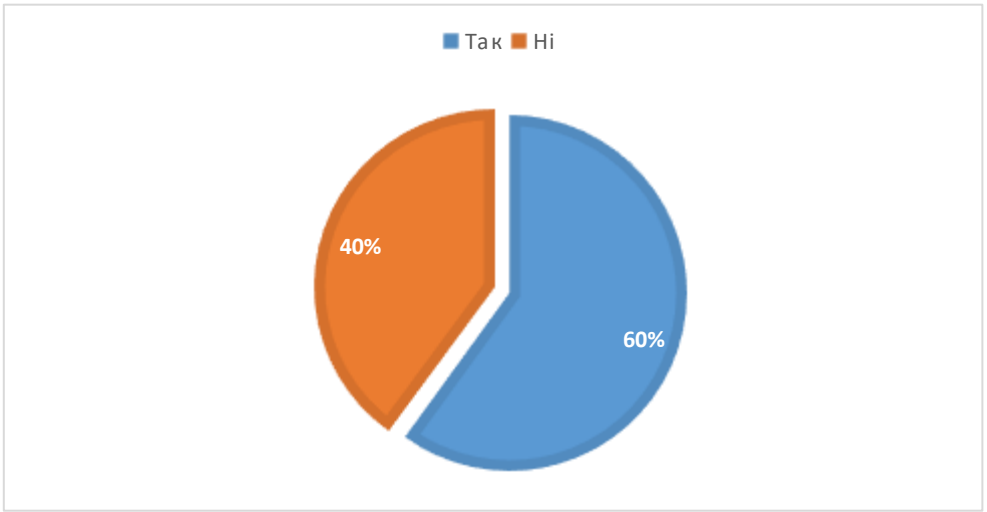
На діаграмі ми бачимо ,що високий відсоток мають пацієнти з незакінченою вищою освітою 12 (40%),далі 9 (30%) пацієнтів мають закінчену

вищу освіту , 7 (23,33%) пацієнтів мають середню-спеціальну освіту, і ми маємо 2 (6,67%) пацієнтів які зовсім не мають освіти .



Мал.3.2.3 Освіта пацієнта

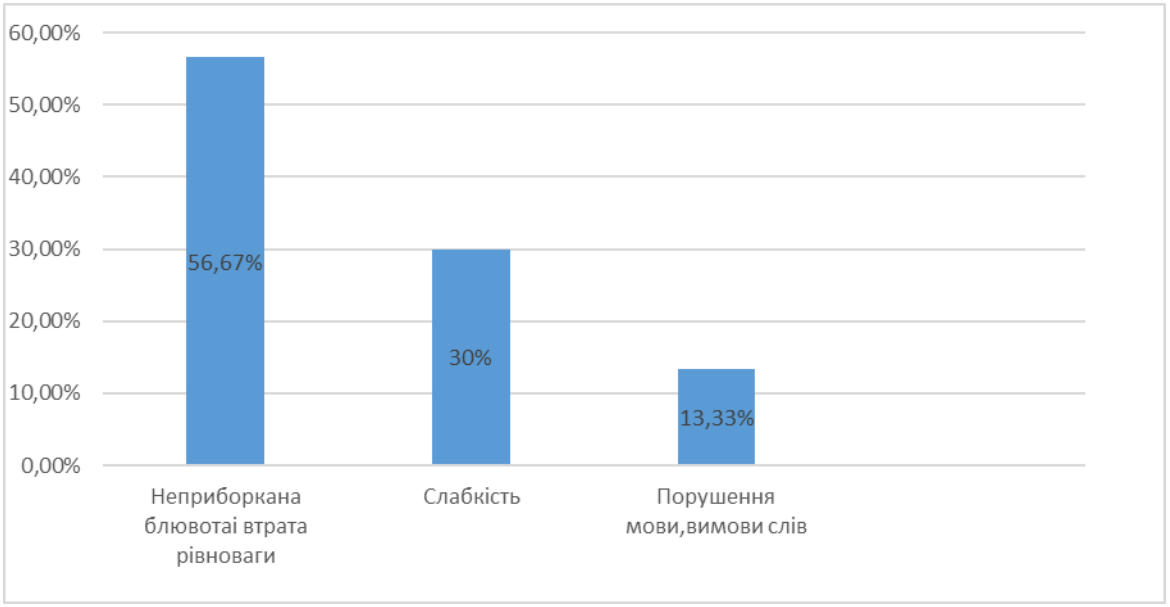
Проаналізувавши дане питання ми бачимо, що більшість 18 пацієнтів з опитаних виявилося відомо, що собою являє інсульт це склало (60 %). Але також є ті хто не знає, що це таке і хворим не вистачає обізнаності про дане захворювання, тому ні-відповіли 12 осіб до того, як госпіталізовані були у стаціонар (40%).



Мал.3.3.3 Чи відомо Вам, що являє собою інсульт

На питання з анкетування: "Поява яких симптомів визвала підозру на інсульт ?"17 осіб (57%) опитаних відповіли-неприборкана блювота і втрата

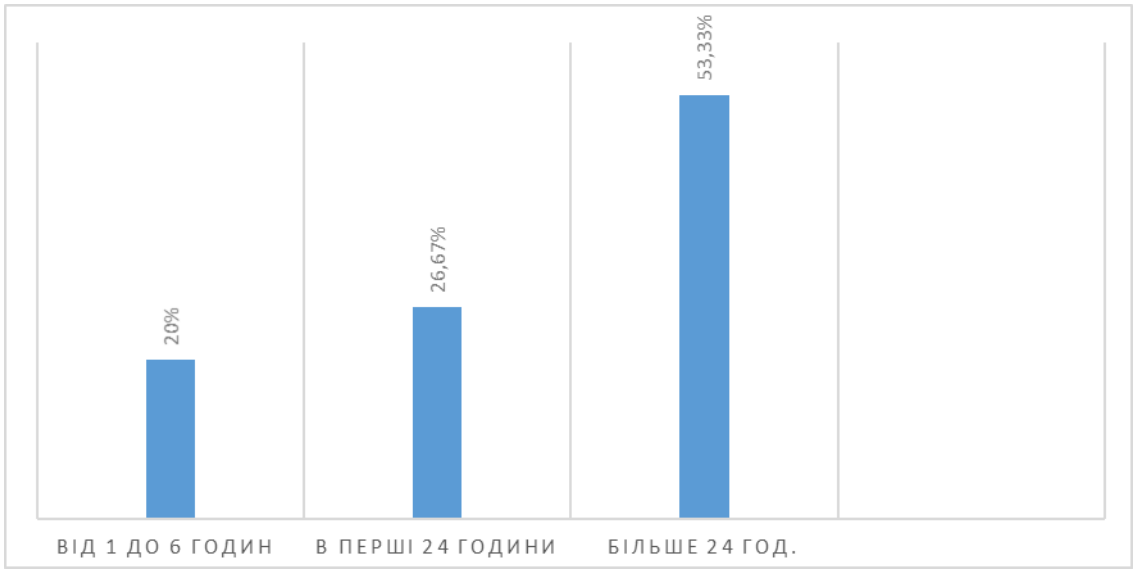
рівноваги, 9 осіб (30%) слабкість, 4 особи (13%) порушення мови, вимови слів. Всі ці симптоми є ознакою інсульту, але ступінь вираженості їх була різна.



Мал.3.2.4 Перші симптоми

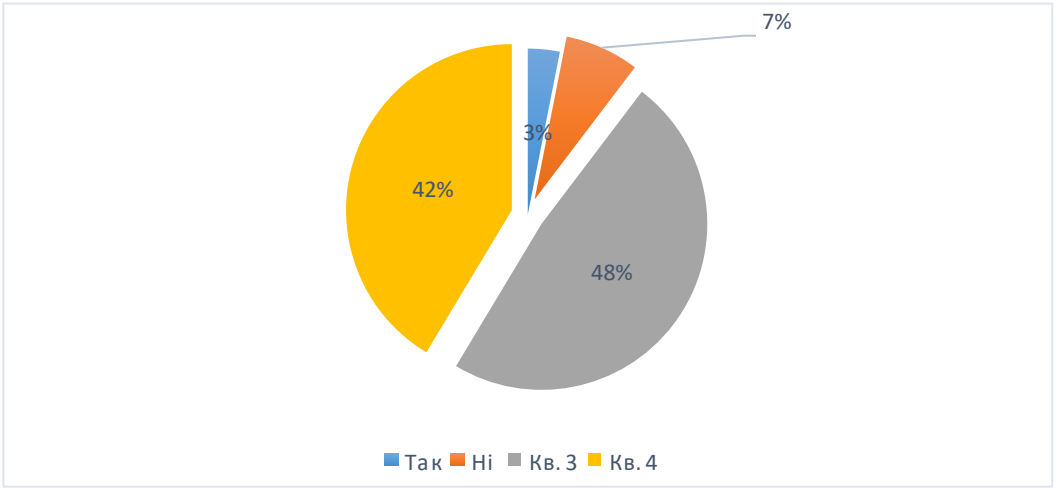
Проміжок часу від появи перших симптомів до дзвінка в службу екстреної

допомоги є одним із значущих факторів затримок на догоспітальному етапі. Основними причинами затримок звернення за медичною допомогою є не тільки необізнаність про симптоми інсульту і нерозуміння їх серйозності, але також заперечення хвороби і надія, що симптоми пройдуть самі. Тому ми маємо такі показники, що більшість хворих 16 (53,33%), які перенесли ГПМК, звернулися за медичною допомогою через тривалі терміни після інсульту, що багато в чому пояснює наявність у них важких ускладнень. Інші 8 (26,67%) осіб звернулися за допомогою в перші 24 годин. І лише тільки 6 (20%) пацієнтів звернулися вчасно за допомогою. Це означає, що навчання населення розпізнавати симптоми інсульту і зміна ставлення людей до гострого інсульту можуть зменшити час від початку виникнення симптомів до прибуття швидкої допомоги. Все ж таки своєчасна кваліфікована медична допомога, надана в перші 3-6 годин з моменту ГПМК дає гарний ефект, аж до повного регресу неврологічної симптоматики.



Мал.3.2.5 Період часу надання кваліфікованої медичної допомоги

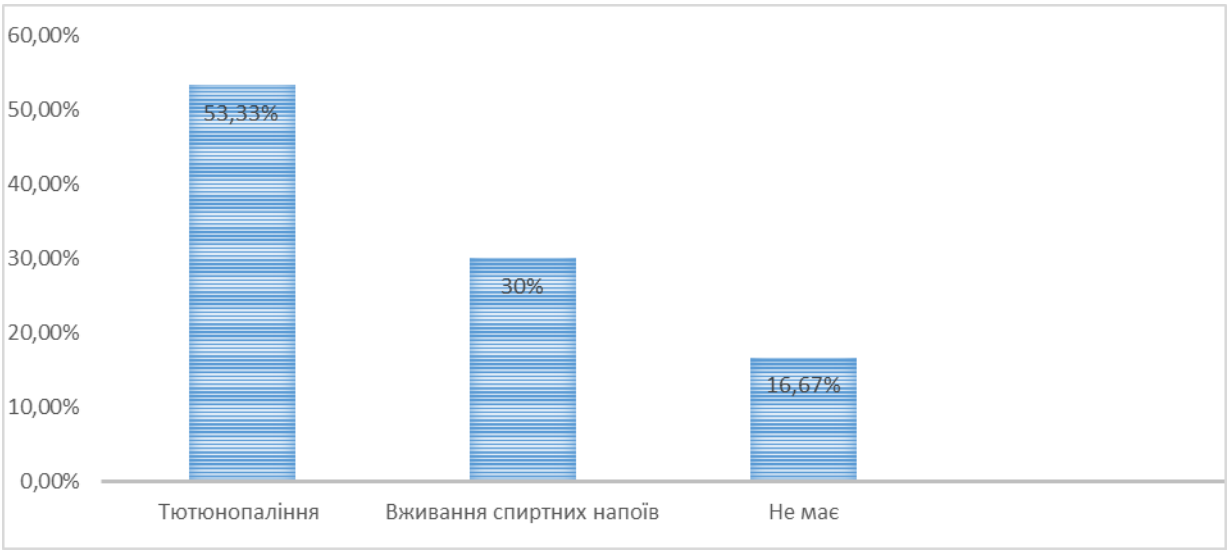
Вивчивши і проаналізувавши дану діаграму, маємо такі дані захворювання інсульт у 21 (70%) опитаних респондентів придбані, і не мають спадкової схильності. У спадок передається стан судинної стінки, рівень артеріального тиску і т.д., але в поєднанні із зовнішніми несприятливими



факторами може вести до інсульту і 9 (30%) осіб відповіли, що вони схильні до цього.

Мал.3.2.6 Схильність до інсульту

Аналізуючи наше опитування ми бачимо, що більшість пацієнтів мають шкідливі звички: 16 (53,33%) осіб палить, а 9 (30%) осіб вживають спиртні напої, і лише 5 (16,67%) осіб не мають шкідливих звичок. З нашого опитування ми можемо бачити, що люди не поважно ставляться до свого здоров'я і не мають уяви, як шкідливі звички впливають на ризик розвитку ГПМК.

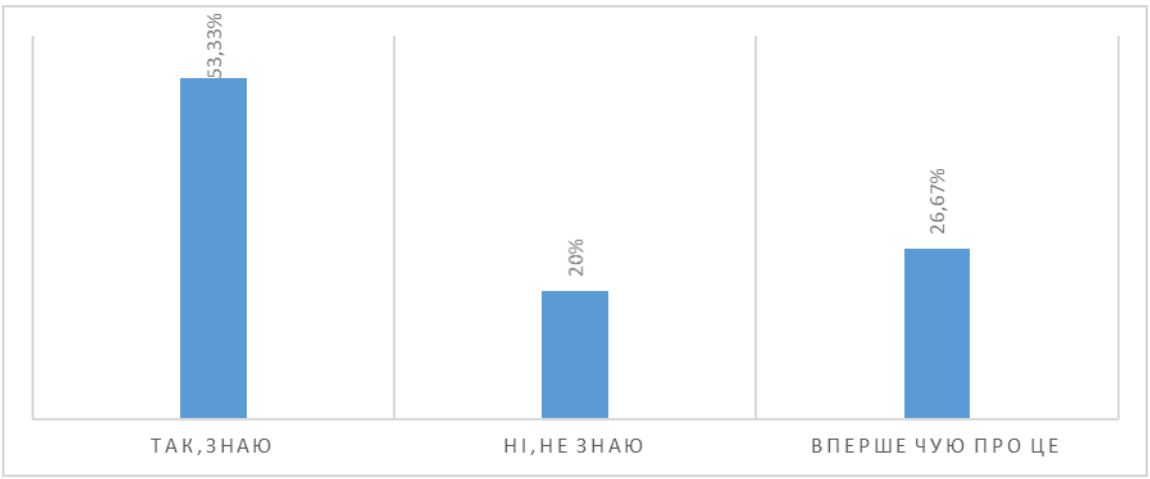


Мал.3.2.7 Шкідливі звички

На діаграмі видно, що пацієнти відповіли:

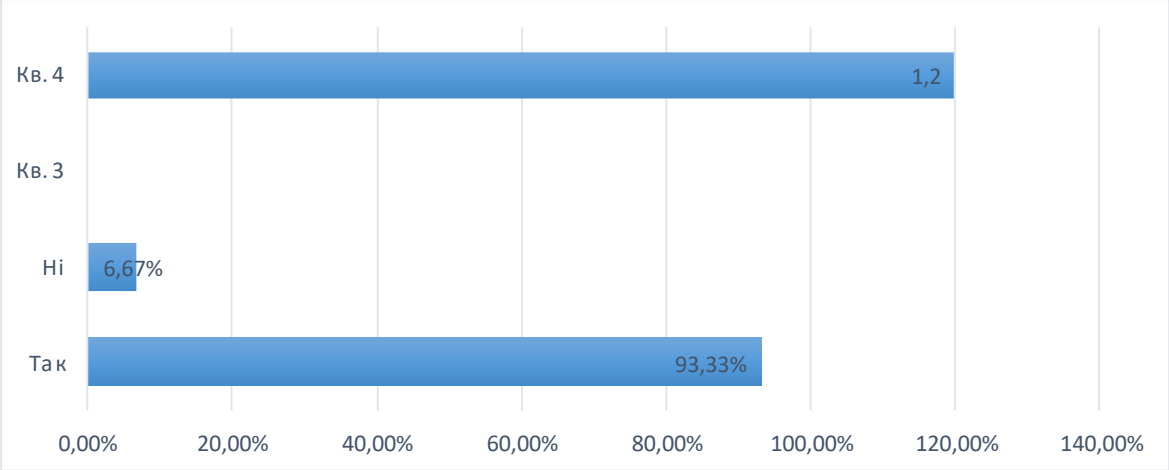
- так, знаю – 16 (53,33%)
- ні не знаю – 6 (20%)
- вперше чую про це – 8 (26,67%).

Медична сестра повинна бути психологом, адже їй доводиться спілкуватися, проводити бесіди та надавати психологічну підтримку хворим і його близькими. І пацієнти це знають, що в стаціонарі медична сестра надає не тільки допомогу в самообслуговуванні, ай ще психологічну підтримку.



Мал.3.2.8 Чи знають респонденти , що медична сестра повинна провести бесіду про можливі ускладнення інсульту , і надати психологічну підтримку

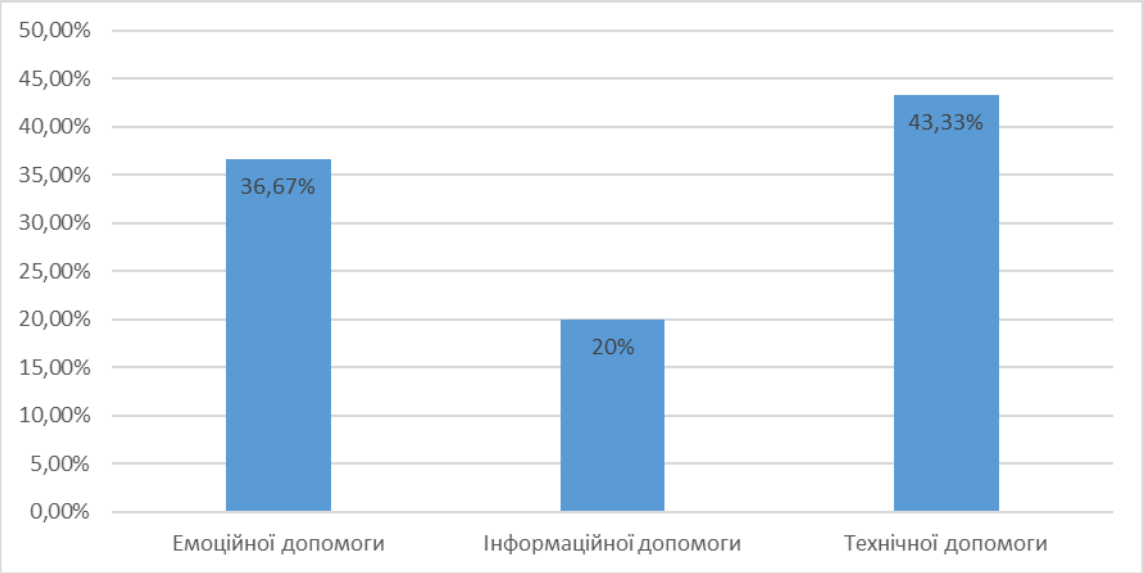
На даній діаграмі ми бачимо, що медична сестра ставилася, до своєї роботи відповідально і проводила гігієнічну обробку тіла 28 (93,33%)



пацієнтам, які цього потребували, тільки 2(6,67%) особи відповіли, що ні.

Мал.3.2.9 Чи проводила медична сестра гігієнічну обробку тіла

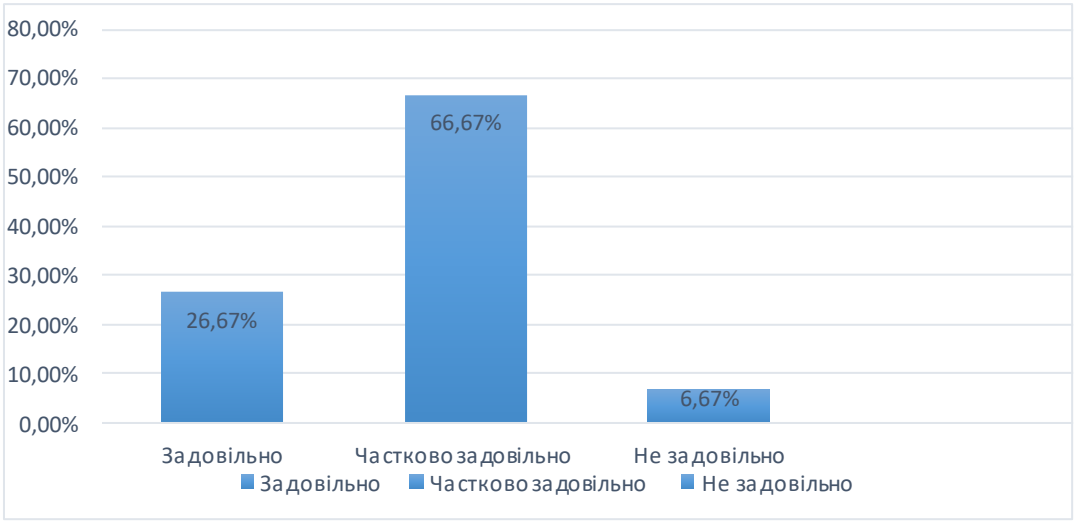
На діаграмі бачимо, що від медичної сестри 11 (36,67%) пацієнтів отримують емоційної допомоги, 6 (20%) — інформаційної та 13 (43,33%) — технічної. Відновлення порушених функцій відбувається повільно, тому хворі, які перенесли інсульт, вимагають від медичної сестри особливої уваги і ретельного професійного догляду.



Мал.3.2.10 Якої допомоги від медичної сестри отримали найбільше наші респонденти

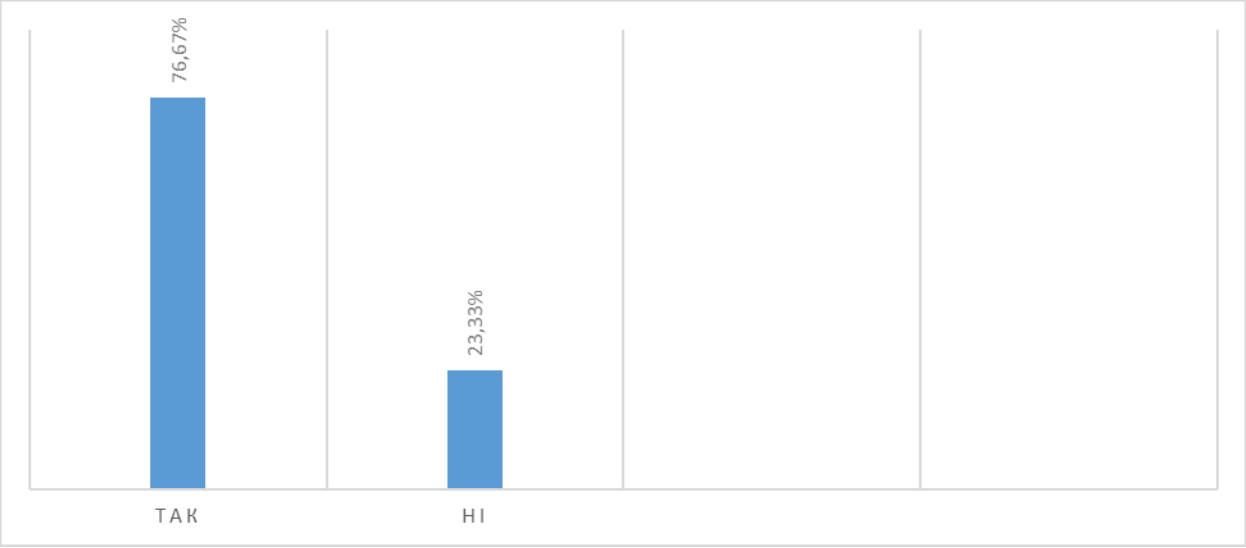
Вивчаючи рівень задоволеності пацієнтів якістю сестринської допомоги необхідно зазначити: 8 (26,67%) пацієнтів повною мірою задоволені наданням сестринської допомоги. Не зовсім залишилися задоволені якістю сестринської допомоги 20 (66,67%) респондентів. Повністю не задоволені ставленням медичної сестри і виконанням санітарно-гігієнічних заходів 2 (6,67%) пацієнта. На думку пацієнтів, медичні сестри:

- ✓ мають високу медичну кваліфікацію
- ✓ здійснення процедур є безпечним
- ✓ уважно ставляться до проблем пацієнта
- ✓ задовільний санітарний стан відділення



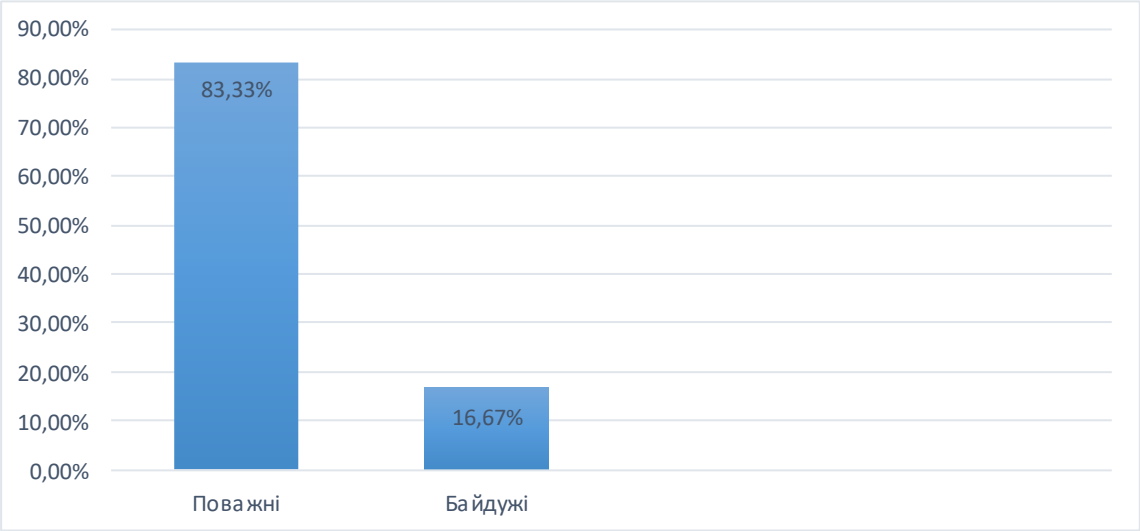
Мал.3.2.11 Як респонденти оцінили роботу медичної сестри, розглянемо на діаграмі

На питання «Чи роз'яснює Вам медсестра характер проведеної маніпуляції? » наші респонденти розділилися у відповіді, результати виявилися наступні: 23 пацієнти (76,67%) відповіли так, і 7 осіб (23,33%) - ні. Тому можна сказати, що більшість медичних сестер поважно ставляться к хворим, спілкуються з ними та роз’яснюють їм хід і характер проведеної маніпуляції.



Мал.3.2.12 Роз'яснення проведеної маніпуляції.

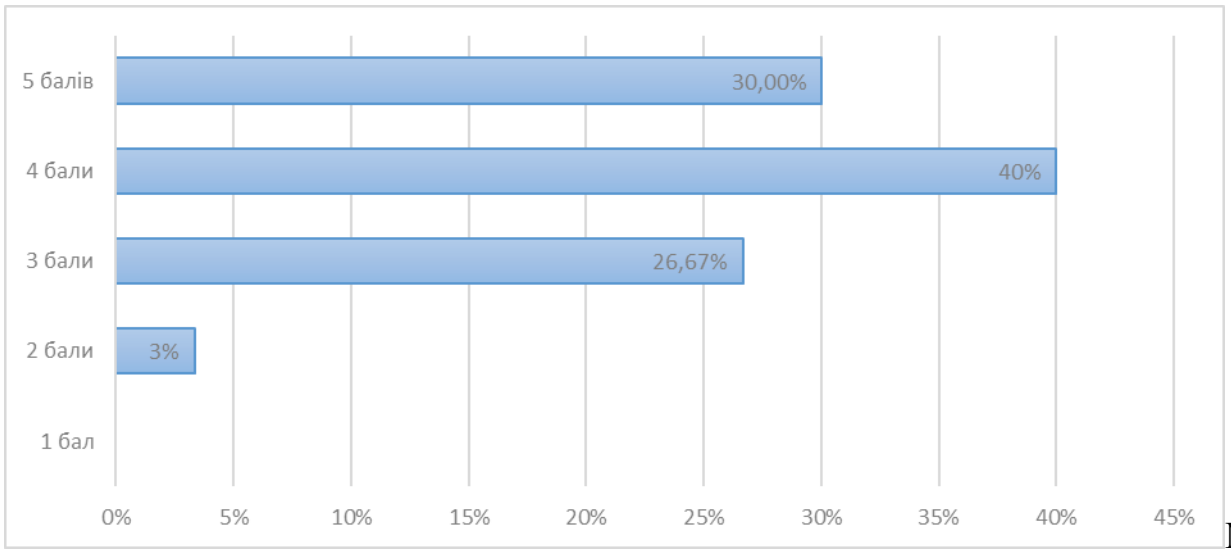
На дане питання пацієнти відповідали протягом лікування в стаціонарі з боку змоги оцінити взаємини в колективі 25 осіб (83,33%) відповіли, що взаємини в колективі неврологічного відділення є поважними один до одного, і



тільки 5 осіб (16,67%) відповіли, що взаємини байдужі.

Мал.3.2.13 Взаємини в колективі з точки зору пацієнтів

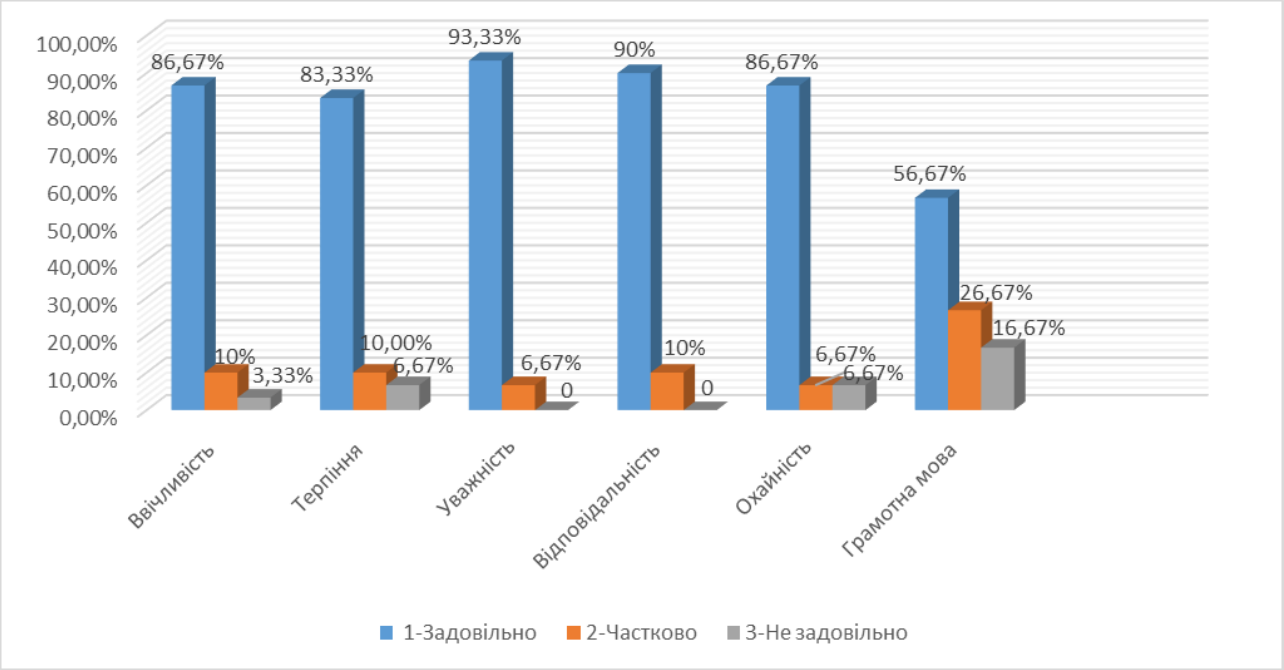
Подивившись на дану діаграму ми бачимо, що пацієнти оцінили майстерність медичних сестер так: 9 пацієнтів (30%) оцінили - 5 балів, 12 пацієнтів (40%) - 4 бали, 8 пацієнтів (26,67%) – 3 бали, нажаль 1 пацієнт (3,33%) оцінив в – 2 бали, і на 1 бал жодний пацієнт не оцінив професійну майстерність медичної сестри. Тому що в неврологічному відділенні працюють кваліфіковані майстри свого діла.



Ма

л.3.2.14 Оцінка професійної майстерності медичних сестер

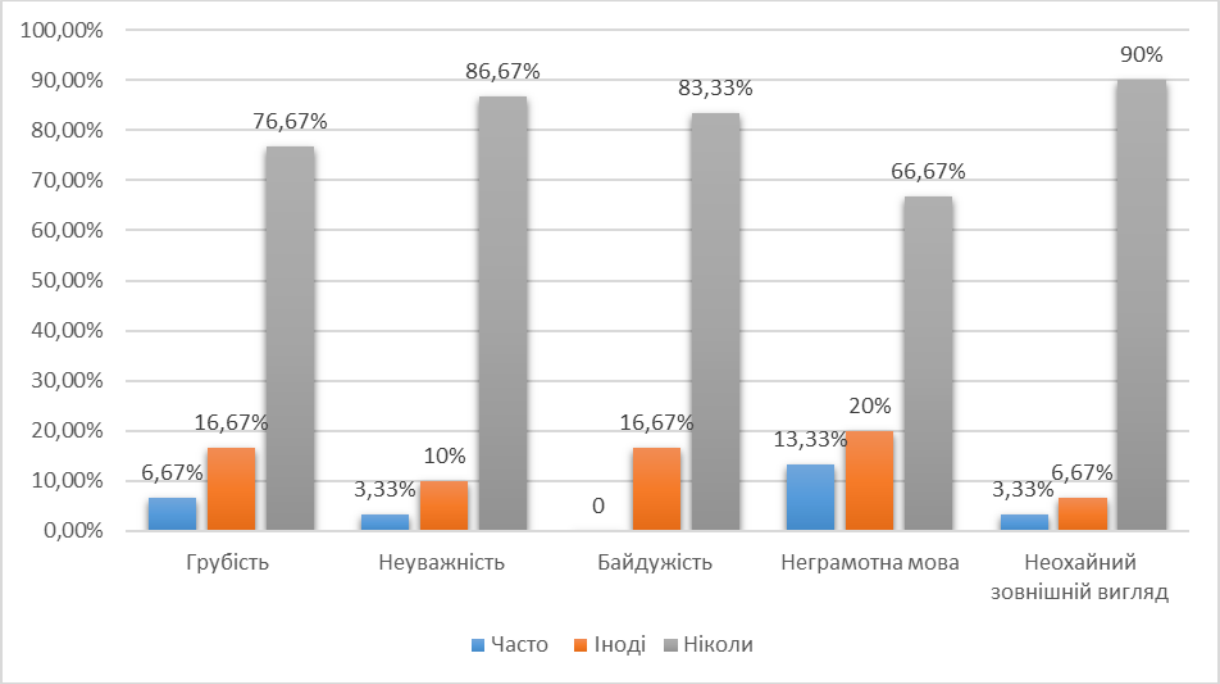
Аналіз оцінки особистих якостей медичних сестер показав, що вони на високому рівні володіють усіма якостями, які повинні бути у медичній сестрі, і що пацієнти задоволені такими якостями, а саме: Ввічливість - 26 осіб (86,67%) задоволені цією якістю, 3 особи (10%) частково задоволені, і 1 особа (3,33%) не задоволена. Терпіння – 25 осіб (83,33%) задовільні, 3 особи (10%) частково задовільні цією якістю, і 2 особи (6,67%) зовсім не задовільні. Уважність – 28 осіб (93,33%) цілком задовільні, 2 особи (6,67%) частково задовільні, і зовсім не задовільні 0 пацієнтів. Відповідальність - 27 осіб (90%) задовільні, 3 особи (10%) задовільні частково і бачимо, що така ж сама ситуація, як із уважністю, тобто 0 пацієнтів не задоволені . Охайність – 26 осіб (86,67%) задовільні цією якістю у медичних сестер, 2 особи (6,67%) частково задовільні, і 2 особи (6,67%) не задовільні зовсім. Грамотна мова - 17 осіб (56,67%) задоволені спілкуванням медичних сестер, 8 осіб (26,67%)частково задоволені, і 5 осіб (16,67%) не задоволені взагалі. Тобто ми бачимо, що медичним сестрам є над чим працювати і задовольняти пацієнтів своїми високими показниками якості.



Мал.3.2.15 Особистісні якості медичних сестер

Ми взяли 5 якостей які могли зустрітися пацієнтам в ході лікування і бачимо на даній діаграмі , що грубість - зустрічалася часто 2 особам (6,67%) , іноді зустрічалася 5 особам (16,67%) і ніколи не зустрічалася 23 особам (76,67%). Неуважність – часто зустрічалося 1 особі (3,33%) , іноді 3 особам (10%) і ніколи не зустрічалася 26 особам (86,67%). Байдужість- часто зустрічалося 0 пацієнті, іноді зустрічалися 5 осіб (16,67%) , ніколи не зустрічалися 25 осіб (83,33%). З неграмотною мовою – часто зустрічалися 4 особи (13,33%) ,іноді зустрічалися 6 осіб (20%) ,ніколи не зустрічалися 20 осіб (66,67%). Неохайний зовнішній вигляд – зустрічався часто 1 особі (3,33%) , іноді зустрічався 2 особам (6,67%) ,і ніколи не зустрічали неохайний зовнішній вигляд медичної сестри 27 осіб (90%). З цього випливає, що медичні сестри мають високий професійний рівень, сумлінні, дотримуються принципів етики та деонтології, що сприяє позитивній поведінковій установці пацієнтів неврологічного відділення.

Отримані дані є одним з індикаторів якості роботи сестринського персоналу запорукою якісного проведення реабілітаційних заходів.



Мал.3.2.16 Негативні риси медичних сестер

ВИСНОВКИ

В даний час інсульт є одним з найнебезпечніших з точки зору летальності захворюванням.Слід підкреслити, що при інсультах немає і не може бути єдиного універсального засобу або методу лікування, які були в змозі змінити перебіг захворювання. Прогноз для життя і відновлення визначається поєднанням своєчасних і повноцінних загальних і специфічних заходів в перші дні захворювання. Чітке розуміння патогенетичних механізмів, що лежать в основі інсультів, є саме тим ключем, за допомогою якого можливо підібрати обгрунтоване і ефективне лікування вже в перші години від початку розвитку судинного ураження мозку, забезпечити сприятливий прогноз. Результативність лікування в цілому, ефективність реабілітаційних заходів залежать від мінімум двох сторін: медичного персоналу та самих хворих. Саме це демонструється результатами нашої роботи:

1. Медсестринський процес в КНП ХОР Обласній клінічній лікарні є комплексним і включає ряд заходів, а саме санітарно-гігієнічні, лікувально освітні, реабілітаційні, що забезпечують успішність загального лікувального процесу. Медична сестра приймає активну участь в лікувальному процесі.
2. Пацієнти мають тільки загальну уяву про порушення мозкового кровообігу, але більшість з них не інформовані щодо перших проявів цього захворювання правилам поведінки, необхідних заходів та бажаних термінів їх виконання , що вимагає обов’язково проводити санітарно-просвітницьку діяльність серед пацієнтів відділення та їх родичів. Бесіди про шкоду прийому алкоголю, куріння, так як ці звички є факторами ризику ГПМК. Особлива увага повинна приділятись ставленню пацієнтів щодо лікування та реабілітаційних заходів, націлення пацієнта на можливе отримання віддалених результатів.
3. Не дивлячись на працю в умовах постійного стресу фізичного та емоційного навантаження медичні сестри неврологічного відділення

зберігають позитивне ставлення до роботи. Задоволеність в цілому роботою, що може бути завдяки добрим відносинам в колективі у молодому віку , стабільним умовам особистого життя .

4. В процесі реабілітації виконано весь необхідний обсяг заходів для пацієнтів, але для підвищення мотивації та збільшення їх ролі на шляху одужання та відновлення задовільного стану функціональних можливостей необхідно більш приділяти уваги інформуванню пацієнтів щодо особливостей перебігу захворювання. Проводити з хворими бесіди, роз'яснення щодо їх захворювання, приділяти увагу цілі і меті у ході виконання лікарських заходів, підвищувати мотивованість. Важливість виконання лікарських призначень та заходів фізичної реабілітації.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Основною рекомендацією є проводити сан просвіт роботи серед населення. Рекомендувати сімейним лікарям, роздавати інформовані листівки, проводити бесіди серед пацієнтів про інсульт його перші прояви та надання долікарської допомоги. Створити у відділенні наглядний макет по ГПМК.

Рекомендувати лікарям ендокринологам проводити бесіди про інсульт на тлі цукрового діабету. Регулярно обстежувати рівень глюкози крові.

Залучати пацієнтів походити один раз в пів року медичні огляди та робити ЕКГ, стежити за здоров’ям, контролювати артеріальний тиск, позбутися шкідливих звичок.

Проводити просвітницькі роботи про інсульт серед студентів-медиків під час першого року навчання в медичних коледжах та університетах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Скоромец А. А. Нервные болезни / А. А. Скоромец, А. П. Скоромец, Т. А. Скоромец. – М. : «МЕДпрессинформ»,2017. – 560 с.
2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги № 602. Гострі порушення мозкового кровообігу. Ішемічний інсульт. – К., 03.08.2012
3. Кіреєв І. В. / Ішемічний інсульт: етіологія, патогенез, клінічна картина, діагностика, сучасна фармакотерапія, медико-соціальна реабілітація : метод. рек. для лікарів та здобувачів вищої освіти / І. В. Кіреєв, О. О.Рябова, Н. В. Жаботинська – Х. : НФаУ, 2019. – 24 с
4. Тернова С. Інсульт в Україні стає національним лихом. //Ваше здоров'я. – 2019. – № 43-44.–С.7-8
5. Зозуля І.С., Зозуля А.І., Волосовець А.О. Деякі напрямки поліпшення надання медичної допомоги при мозковому інсульті. Укр вісник психоневр. 2017;1(90):84-85.
6. Зозуля І.С., Сич Н.С., Боброва В.І. Когнітивні та емоційні порушення у хворих у гострий період інфаркту мозку. Український неврологічний журнал. 2010;2:36-40.
7. "Инсульт - болезнь нашего времени", // Журнал «Сестринское дело» - 2013 № 3 с.6-10
8. Стасенко Т. Інсульт: впровадження успішних стратегій лікування [Електронний ресурс] / Т. Стасенко //Український медичний часопис. – 2017. –Режим доступу до ресурсу : http://www.umj.com.ua/article/117650/insultvprovadzhennya-uspishnihstrategij-likuvannya.
9. Сучасні принципи діагностики та лікування хворих із гострим порушенням мозкового кровообігу (Методичні рекомендації) // НДІ неврології та нейрохірургії України. – К., 2015. – 63 с.
10. Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения: учебное пособие для профессионального образования неврологов,

терапевтов, врачей общей практики / И. Е. Повереннова [и др.]. - Самара : Самарский мед. университет, 2016. - 48 с.

11. Давлицарова, К. Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие / К. Е. Давлицарова - М.: Форум: Инфа - М, 2016. С. 30-36
12. Скворцова В. И. Взгляд на проблему. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта. Качество жизни 2014. С.2-6
13. Кадыков А.С, Черникова Л.А., Шведков В.В. Жизнь после инсульта (Популярное практическое руководство по реабилитации больных, перенесших инсульт) // Миклош, 2015. 46 с.
14. Гольдблат, Ю. В. Основы реабилитации неврологических больных / Ю. В. Гольдблат. – СанктПетербург : СпецЛит, 2017. – 767 с. (616.8-085 Г 63)
15. Кадыков, А.С., Шахпаронова Н.В. Лечение и реабилитация больных в восстановительном и резидуальном периодах инсульта./ А.С. Кадыков, Н.В.Шахпаронова. – М.: Медицина, - 2014. – 93 с
16. Боровик С. Академія інсульту: стандартизація та перспективи надання медичної допомоги. Український медичний часопис. 2015;6:14-16
17. Устінов О. Реабілітація після ішемічного інсульту [Електронний ресурс] / О. Устінов // Український медичний часопис. – 2015. – Режим доступу до ресурсу : http://www.umj.com.ua/article/90478/ishemichnij-insultmedichna-reabilitaciya.
18. Медсестринство в неврології: Підручник / Т.І. Кареліна, Н.М. Касевич. — К.: Медицина, 2012. — 296 с.
19. Зозуля А.І. (2012) Характеристика оптимізованої системи комплексної медичної допомоги при судинній патології головного мозку. Укр. мед. часопис, 6(92): 103–108 (http://www.umj.com.ua/article/47155).
20. Шегедин М.Б., Заставна Н.А., Кокот Н.В. Медсестринство в неврології. — Нова книга, 2010.

21. Медсестринство в неврології: Посібник з практичних навичок. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2013. – 139- 156 с
22. Гуляєва М.В., Поліщук М.Е. (2016) Стандартизація надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом: крок вперед. Судині захворювання головного мозку, 1: С. 2–5.
23. Смирнов В. є. поширеність факторів ризику і смертність від інсульт. / В.Є. Смирнов, Л. С. Манвелов // Журн. неврол і психіатр.додаток "інсульт". — 2017. - Вип. 2. - С. 19-25.
24. Манвелов Л.С, Кадыков А.С Инсульт: как предотвратить, как лечить, как восстановить функции 2018г -С.192.
25. Екушева Є.В., Дамулін І.В. Реабілітація після інсульту: значення процесів нейропластичності та сенсомоторної інтеграції. Журнал неврології та психіатрії ім. С. С. Корсакова. 2016;12(2): С. 35-41
26. Міщенко ТС. Епідеміологія захворювань нервової системи в Україні. Український вісник психоневрології. 2016;3(84):1 С.51-152.
27. Давлицарова, К. Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие / К. Е. Давлицарова - М.: Форум: Инфа – М, 2016 г.-286с.
28. Демиденко Т. Д., Єрмакова Н. Г. основи реабілітації неврологічних хворих. СПб., 2017 - 123 с.
29. Борисов В.А., Маркин С.П. Реабилитация постинсультных больных //Журн. теор. и практ. мед. – 2005; 1: 21
30. Петрова Н.Г., Миннуллин Т.И. О проблеме организации сестринского ухода, как о факторе успешной реабилитации больных с острым нарушением мозгового кровообращения// Медико-социальная экспертиза и реабилитация,2016. - Т. 19. - No2.
31. Скворцова В. і. погляд на проблему. Медична та соціальна значимість проблеми інсульту. Якість життя 2017.

32. Виленский Б.С. Современная тактика борьбы с инсультом. – М.,2015. – 288 с.
33. Гусев Е.И., Коновалов А.Н.,. Гехт А.Б "Реабилитация в неврологии" // Кремлевская медицина - 2017 г. № 5 с.29-32
34. Чернявский В.Е. "Медицинский персонал: Современные проблемы" // Журнал Медицинские сестры - М., Медицина-2017-№5-с.10-12
35. 1. Апанель, Е.Н. Основы восстановления нарушенных функций после инсульта /Е.Н. Апанель, А.С. Мастыркин. — Минск: УП Технопринт, 2017. — С. 99–111.
36. Stroke and Stroke Rehabilitation. American Academy of Neurology Institute. – США, 2017. – С. 7. – Mode access : https://www.aan.com/siteassets/homepage/policyandguidelines/quality/qualitymeasures/15strokeandrehabmeasureset_pg.pdf.
37. Babkair LA Risk Factors for Poststroke Depression: An Integrative Review. J Neurosci Nurs. 2017;49(2): P. 73-84.
38. Burton L, Tyson S, McGovern A. Staff perceptions of using outcome measures in stroke rehabílitation. Disabíl Rehabíl. 2015 ;35: P.828-834
39. Carter AR, Connor LT, Dromerick AW. Rehabílitation after stroke: current state of the science. Curr. Neurol Neurosci Rep. 2016;10:P.158-66
40. Choi-Kwon S, Kwon SU, Lee HJ, et al. Factors affecting the quality of life after ischemic stroke: young versus old patients. J. Clin. Neurol. 2015;1:P.59-68.
41. Guidelines for the Primary Prevention of Stroke. A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association // Stroke – США,2016. – С. 518. – Mode access : http://stroke.ahajournals.org/content/strokeaha/42/2/517.full.pd
42. Chemerenski E., Robinson R.G., Kosier J.T. Improved recovery in activities of daily living associated with remission of poststroke depression // Stroke. 2016. -Vol. 32.-P. 113-117.

43. Folkes M.A., Wolf P.A., Price T.R. et al. The stroke data bank: design,methods, and baseline characteristics.//Stroke–2016–V.19,N5–P.547–552.
44. Ruskin A.P. Understanding stroke and its rehabilitation. //Stroke – 2015 – V14, N3 – P. 438–442
45. Bernhardt, J., Godecke, E., Johnson, L., & Langhorn, P. (2017). Early rehabilitation after a stroke. Current Opinion in Neurology, 30 (1), 48 - 54.
46. Booth, J., Hillier, V.F. , Waters, K.R. , and Davidson, I. (2017). Effects of a stroke rehabilitation educational program for nurses. , 49 (5), 465 – 473
47. Loft, MI, Martinsen Woythal, B., Esbensen, BA, Mathiesen, LL, Iversen, HK, & Poulsen, I. (2017). Call for Human Contact and Support: An interview examining patients' experiences in inpatient stroke rehabilitation and their perception of the roles and functions of nurses and their assistants. Disability and rehabilitation, p.1-9
48. Kirkevold, M. (2015). The Role of Nursing in Stroke Rehabilitation: An Extended Theoretical Report. Achievements in Nursing, 33 (1), p.27 - 40
49. Nelson A, Powell-Cope J, Palacios R, et al. Nursing staff and patient outcomes in inpatient rehabilitation. Rehabil Nurs 2016; 32: 179 – 202
50. Kirkewold, M. (2015). The role of nursing in the rehabilitation of patients with acute stroke: towards a unified theoretical perspective. Progress in Nursing Science, 19 (4), 55-64.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

АНКЕТА ПАЦІЄНТА

1) Ваш вік?

а) до 30 років.

б) 30-40 років.

в) 40-50 років.

г) Від 60 років.

2) Ваша стать?

а) Жіноча

б) Чоловіча

3. Яку освіту Ви маєте?

а) закінчена вища

б)незакінчена вища

в)середнє-спеціальне

г)немає освіти

4. Чи відомо Вам, що являє собою інсульт?

а) Так

б) Ні

5.Які перші симптоми ви у себе запідозрили?

а) Неприборкана блювота і втрата рівноваги

б) Слабкість

в) Порушення мови, вимови слів.

6. В який період часу ви отримали кваліфіковану мед. допомогу з моменту виникнення ГПМК?

а) Від 1 до 6 годин

б) Від 6 до 24 год.

в) Більше 24 год

7.Чи є у Вас спадкова схильність до інсульту?

а) Так

б) Ні

8. Які шкідливі звички Ви маєте?

а) Тютюнопаління

б) Вживання спиртних напоїв

в) Не має

9. Чи знаєте ви про те, що медична сестра повинна провести бесіду про можливі ускладнення даного захворювання, і надати психологічну підтримку?

а) Так, знаю

б) Ні, не знаю

в) Вперше чую про це

10. Чи Проводила медична сестра гігієнічну обробку тіла (догляд за шкірою, очима, порожниною рота) під час перебування Вами в стаціонарі?

а) Так

б) Ні

11. Якої допомоги від медичної сестри ви отримали найбільше?

а)Емоційної допомоги

б)Інформаційної допомоги

в)Технічної допомоги

12. Як ви оцінюєте якість сестринського догляду?

а) Задовільно

б) Частково задовільно

в)Не задовільно

13. Чи роз'яснювала вам медсестра характер проведеної медичної маніпуляції?

а)Так

б)Ні

14. Як ви оцінюєте взаємини в колективі відділення?

а) Поважні

б) Байдужі

15. Як ви оцінюєте професійну майстерність медичної сестри?

а) -1 бал

б) -2 бали

в) -3 бали

г) -4 бали

д) -5 балів

16. Оцініть особистісні якості медичних сестер Позначивши «+»

(Де 1-задовільно, 2-частково задовільно ,3- не задовільно)

Якості м/с	**1**	**2**	**3**
Ввічливість			
Терпіння			
Уважність			
Відповідальність			

Охайність			
Грамотна мова			

17. Як часто Вам доводилося стикатися з наступними рисами характеру Мед сестри? (Позначивши +)

Риси характеру	**Часто**	**Іноді**	**Ніколи**
Грубість			
Неуважність			
Байдужість			
Неграмотна мова			
Неохайний зовнішній вигляд			

Додаток 2.

АНКЕТА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

1. Вік?

а)20-30 років.

б)30-40 років.

в)40-50 років.

г)50 років і більше

2. Сімейний стан ?

а)Одружена

б)Не Одружена

в)Розлучена

3. Наявність дітей?

а)Маю

б)Не маю

4. Умови проживання?

а)окрема квартира

б)кімната в комунальній квартирі

в)живете з батьками

5. Стаж роботи ?

а)До 3-х років

б)Від 3 до 7

в)Від 7 і більше

6. Освіта ?

а)закінчена вища

б)незакінчена вища

в)середнє-спеціальне

7. Кваліфікаційна категорія?

а)вища

б)перша

в)друга

г)не має категорії

8. Робота у неврологічному відділенні це основне місце роботи?

а)Так

б)Ні, маю ще роботу

9. Наявність шкідливих звичок?

а)Тютюнопаління

б)Вживання спиртних напоїв

в)Не має

10. Задоволеність роботою?

а)цілком задоволена

б)частково задоволена

в)не задоволена

11. Задоволеність заробітною платою?

а)цілком задоволена

б)задоволена не повністю

в)не задоволена

12. Виробничі фактори, що на Вас негативно впливають на робочому місці?

а)фізичні навантаження,

б)емоційні навантаження,

в)виконання роботи понад функціональні обов'язки

13. Виробничі фактори, що на Вас позитивно впливають на робочому місці?

а)Задоволеність роботою,

б)дружний колектив,

в)можливість кар'єрного росту,

г)можливість навчання та підвищення своєї кваліфікації.

14. Чи подобається Вам працювати з важкими хворими?

а)Так

б)Ні, але робота є робота

в)Важко відповісти

15. Чи надаєте ви психологічної підтримки інсультним хворим?

а)Так, хворі цього потребують

б)Ні, навіщо

16. Які заходи, по-вашому, необхідно провести для оптимізації роботи медсестри?(Розгорнута відповідь)

-обмін досвідом за кордоном

-збільшити заробітну плату

-зменшити обсяг робіт