

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ГАСТРИТЕ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
3 курса группы 03051612
Головковой Елены Романовны

Научный руководитель
преподаватель Колченко Е.Б.

Рецензент
врач-гастроэнтеролог,
гастроэнтерологическое отделение ОГБУЗ
«Городская больница №2 города Белгорода»
Панасенко Ж.И.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГАСТРИТЕ.....	6
1.1. Этиология, патогенез и диагностика гастрита.....	6
1.2. Лечение, сестринский уход, профилактика гастритов.....	15
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ГАСТРИТЕ	24
2.1. Методика исследования	24
2.2. Социологическое исследование проблем пациента при гастрите	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЕ	40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данной работы заключается в том, что в России гастрит считается наиболее актуальной и распространенной проблемой. Статистика показывает, что доля гастритов среди заболеваний органов пищеварения составляет около 35%, а среди болезней желудка 80-85%. К наиболее опасной форме относится атрофический гастрит, который несет предрасположенность к образованию опухолей. Заболеваемость им достигает 5% у людей, в возрасте до 30 лет, от 31 до 50 лет - 30%, после 50 лет - 50-70%. Не менее актуальной в России является острая форма, которая имеет довольно быстрое прогрессирование.

По данным статистики хроническим гастритом страдает более половины взрослого населения Земли (от 50 до 80%), хотя к врачу за медицинской помощью обращается всего 10-15% из них.

За последнее десятилетие отмечено увеличение частоты заболеваемости хроническим гастритом, которая составляет в популяции 22,4%. Это объясняется тем, что хронический гастрит в большинстве случаев предшествует и сопутствует таким клинически и прогностически серьезным болезням как язва и рак желудка[1].

Современный ритм жизни, постоянные стрессы, неправильное питание, неблагоприятная экологическая обстановка - все это сказывается на нашем организме, в том числе и на желудочно-кишечном тракте. С каждым годом растет число пациентов с хроническими гастроэнтерологическими заболеваниями. Нередко следствием перехода болезни в хроническую форму является самолечение, которое только усугубляет течение заболевания, принося лишь временное улучшение состояния больного.

К сожалению, заболеваемость не имеет тенденций к снижению, а наоборот, характеризуется дальнейшим ростом, зачастую лишая больных нормальной трудоспособности и приводя их к инвалидности.

Рост заболеваний желудочно-кишечного тракта возрастает среди

населения и поэтому пациенты нуждаются в более совершенной системе оказания сестринской помощи.

Цель исследования: изучение профессиональных и общих компетенций медицинской сестры и повышение эффективности сестринского ухода в решении проблем пациентов с гастритом.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников по данной проблеме.
2. Определить факторы риска развития гастрита.
3. Определить влияние профессиональной деятельности медицинской сестры в решении проблем пациента.
4. Провести анкетирование пациентов с гастритами.
5. Проанализировать полученные результаты исследования.

Объект исследования: пациенты с гастритом гастроэнтерологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа».

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры в решении проблем пациентов с гастритом.

Гипотеза исследования: эффективность профессиональной деятельности медицинской сестры в сестринском процессе при гастрите будет обеспечена, если:

- в содержание работы медицинской сестры будут включены компоненты, способствующие снижению предрасполагающих факторов в развитии гастрита;
- использованы этапы сестринского процесса для раннего выявления проблем пациентов с гастритами;
- разработан и реализован план сестринского ухода;
- организованы профилактические мероприятия по предупреждению гастрита.

Методы исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологические (анкетирование, интервьюирование);
- статистические - статическая обработка информационного массива.

Теоретическая значимость: изучение проблем пациента и этапов сестринского процесса в целях оказания необходимой квалификационной сестринской помощи пациентам с гастритами.

Практическая значимость: был проведен полный комплексный анализ этапов сестринского процесса при гастрите на базе ОГБУЗ «Областной клинической больницы имени Святителя Иоасафа». Доказано влияние деятельности среднего медицинского персонала на течение гастрита.

База исследования: гастроэнтерологическое отделение ОГБУЗ «Областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа».

Структура работы: в теоретической части работы был проведен анализ литературы по проблеме гастрита. Практическая часть работы посвящена результатам исследования по выявлению проблем пациента и оценки сестринского ухода.

Работа представлена на 43 страницах, имеет список использованной литературы, включающий 9 наименований и 20 диаграмм.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ГАСТРИТЕ

1.1. Этиология, патогенез и диагностика гастрита

Гастрит - воспаление слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением функций желудка: кислотообразующей и секреторной, моторной и инкреторной.

Этиология:

- неправильное питание, к которому относится плохое пережёвывание пищи, длительное употребление еды без горячего, использование испорченных или низкокачественных продуктов, употребление в больших количествах острых и маринованных блюд;
- для экономии времени некоторые завтракают на бегу, что также является одной из причин гастрита;
- большие перерывы между приёмами пищи, сильное переедание после длительного голодания;
- переедание на ночь, что особенно вредно;
- употребление чрезмерно холодной или горячей пищи;
- злоупотребление алкоголем и курение, что также способствует развитию гастрита;
- частые неположительные эмоции и стрессы - считаются одной из главных причин гастрита.

Формы гастрита:

- острый;
- хронический

Острый гастрит имеет ограниченное во времени течение (7-21 день). Если по истечении этого периода повреждающий фактор не устранен или процессы репаративной регенерации несостоятельны, острый процесс становится

хроническим и к воспалительным изменениям добавляются дисрегенераторные (нарушения регенерации) процессы [7, с.318].

По глубине повреждения гастрит подразделяется на поверхностный (дошек желез) и глубокий (вовлечена вся толща слизистой оболочки). По топографии выделяют очаговый (с локализацией в одном из отделов желудка - кардии, дне, антральном отделе) и диффузный (пангастрит). По характеру экссудата различают катаральный, фибринозный, флегмонозный, геморрагический гастрит.

Этиология острого гастрита представлена инфекционными и неинфекционными факторами. Гастрит инфекционной этиологии развивается при гастритических формах острых кишечных инфекций, токсикоинфекциях. Причинами инфекционного гастрита выступают стафилококки, сальмонеллы, клебсиеллы, иерсинии и другие микроорганизмы. Гастрит неинфекционной этиологии обусловлен воздействием различных химических веществ и физических факторов, в частности таких, как употребление очень горячей, грубой, трудно перевариваемой пищи, избыток специй в рационе (горчицы, перца, уксуса), алкогольные напитки, содержащие 20 объемных процентов алкоголя и более, в том числе водка, коньяк, ром. Кроме того, имеет значение расстройство кровообращения в слизистой оболочке желудка при тяжелом стрессе, травме, шоке и др.

Патогенез острого гастрита. В результате действия этиологического фактора происходит повреждение клеток слизистой оболочки желудка. Развивается острый воспалительный процесс, который сопровождается снижением секреторной активности клеток в очаге воспаления, качественными и количественными нарушениями слизиобразования, нарушением процессов микроциркуляции и нейрогуморальной регуляции слизистой оболочки желудка. В процессе воспаления выделяется большое количество медиаторов воспаления, необходимых для реализации воспалительного процесса, и усиливается синтез гастроинтестинальных гормонов, повышающих секреторную активность неповрежденных клеток. В результате происходит

частичное восстановление секреторной функции желез желудка за счет гиперфункции клеток неповрежденных участков. После удаления этиологического фактора все процессы в слизистой оболочке желудка направлены на ускорение восстановления клеток слизистой оболочки и функций желудка. При остром гастрите все эти симптомы возникают неожиданно для больного, но, как правило, проходят уже на второй или третий день. Однако если эти симптомы затягиваются на длительное время, острый гастрит перерастает в хронический [1].

Клиническая картина. Для острого гастрита характерно развитие болевого синдрома в результате раздражения интерорецепторов слизистой оболочки желудка биологически активными веществами, выделяющимися в процессе воспаления. Диспепсические расстройства, такие как тошнота, рвота, изжога и отрыжка, возникают в результате повреждения слизистой оболочки желудка, раздражения блуждающего нерва, развития антиперистальтики, нарушения функций сфинктеров желудка и повышенной секреторной активности неповрежденных клеток. Снижение аппетита является следствием диспепсических расстройств и сопровождает течение острого гастрита.

Среди осложнений острого гастрита следует отметить образование острых эрозий и язв желудка, флегмоны желудка, воспаление других органов пищеварительного тракта.

Исходами острого гастрита чаще всего являются выздоровление или хронический гастрит. В случаях развития геморрагического гастрита, флегмон желудка, язвенно-деструктивных осложнений (перфорация, кровотечение) возможен неблагоприятный исход.

Хронический гастрит - самостоятельное заболевание, в основе которого лежат воспалительная инфильтрация и структурная перестройка слизистой оболочки желудка с развитием в ней дисрегенераторных, дистрофических и атрофических процессов, что проявляется вначале гиперхлоргидрией, а затем гипохлоргидрией, ахлоргидрией и желудочной ахилией [2, с.290].

Среди имеющихся классификаций хронического гастрита в настоящее время базисной является Сиднейская классификация и ее Хьюстонская модификация. Основным принцип данной классификации - этиологический. Оцениваются также топография и морфология изменений в слизистой оболочке желудка. Для гистологической характеристики применяется визуально-аналоговая шкала. Топографически различают антральный, фундальный и пангастрит.

По многочисленным факторам, приводящим к развитию хронического гастрита, ведущим считается инфекционный. Вот уже более четверти века активно разрабатывается проблема хронического *Helicobacter pylori* - ассоциированного гастрита - одного из наиболее распространенных этиологических вариантов хронического гастрита, на долю которого приходится около 85% наблюдений данного страдания.

Непосредственное или опосредованное повреждающее действие *Helicobacter pylori* на слизистую оболочку желудка сопровождается воспалительно-репаративной реакцией со стороны макроорганизма. Хроническое течение ответной реакции в условиях длительной персистенции *Helicobacter pylori* приводит к нарушению регуляторных механизмов, сопровождающихся расстройствами клеточного обновления и регенерации слизистой оболочки желудка. При этом в собственной пластинке слизистой оболочки желудка регистрируется полиморфно-клеточный воспалительный инфильтрат с преобладанием среди его элементов лимфоцитов и макрофагов.

В собственной пластинке слизистой оболочки желудка регистрируется полиморфно-клеточный воспалительный инфильтрат с преобладанием среди его элементов лимфоцитов и макрофагов. Окраска гематоксилином и эозином.

В участках воспаления слизистой оболочки желудка микробный спектр расширяется. Наряду с таким обогащением микробного пейзажа слизистой оболочки желудка, микроорганизмы отличаются значительными патогенными свойствами: усиливается их способность к ферментативной, цитолитической активности [6, с.62].

Причиной развития воспаления слизистой оболочки желудка могут быть также цитомегаловирусная и герпетическая инфекция, а клинически значимая инфекция грибами рода *Candida*, вирусом *Herpes simplex* и *Chlamidia pneumoniae* может создавать дополнительные условия для инфицирования *Helicobacter pylori*.

В основе патогенеза хронического гастрита выделяют несколько взаимосвязанных звеньев. К ним относятся нарушение нейрогуморальной регуляции функций желудка, местное повреждающее действие на слизистую оболочку желудка патогенных факторов и нарушение регенерации клеток слизистой оболочки желудка.

Нарушение нейрогуморальной регуляции деятельности желудка развивается в результате хронического стрессового воздействия. Длительное психоэмоциональное напряжение сопровождается активацией вегетативной нервной системы и приводит к нарушению секреторной и моторной функций желудка. Развивается функциональная диспепсия, для которой характерно кратковременное увеличение секреторной активности париетальных клеток в ответ на активацию симпатической нервной системы. Гастрит, который сопровождается усилением секреции соляной кислоты, называется гиперацидным.

В результате расстройства нейрогуморальной регуляции нарушается секреция слизи и бикарбонатов клетками слизистой оболочки желудка. Это приводит к ослаблению ее защитных свойств и усилению повреждающего действия местных патогенных факторов. Агрессивным действием по отношению к клеткам слизистой оболочки желудка обладают соляная кислота, пепсин, *Helicobacter pylori* либо аутоантитела к париетальным клеткам, активированные ферменты поджелудочной железы, детергенты желчных кислот, различные экзогенные и эндогенные повреждающие агенты [3, с.257].

Патогенное действие *Helicobacter pylori* заключается в прямом повреждении клеток слизистой оболочки желудка. *Helicobacter pylori* - грамотрицательная аэробная бактерия, которая имеет форму палочки со

жгутиками на конце. Посредством жгутиков бактерия продвигается через защитный слой слизи на поверхности желудочной стенки и закрепляется на апикальной поверхности эпителиальных клеток. Для жизнедеятельности этой бактерии необходима щелочная среда. *Helicobacter pylori* способны расщеплять продукты белкового обмена и повышать рН возле клеток слизистой оболочки, создавая «аммиачное облако» вокруг и благоприятные условия для размножения. В результате рецепторные поля слизистой оболочки желудка, омываемые «аммиачным облаком», получают ложный сигнал о том, что кислотопродукция снижена, а за этим следует повышение выработки пепсиногена, гастрита и соляной кислоты.

Действие бактериальных токсинов и изменение рН приводят к разрушению защитного слизистого слоя, проникновению соляной кислоты непосредственно к эпителиальным стенкам и их повреждению. В результате в стенке желудка образуется очаг хронического воспаления. Гастрит, обусловленный повреждающим действием *Helicobacter pylori*, развивается в антральном отделе желудка, является неатрофическим (поверхностным) и сопровождается гиперсекрецией соляной кислоты в неповрежденном фундальном отделе (теле) желудка. Такой гастрит является гиперацидным [4, с.181].

Гастрит с пониженной кислотностью называется, атрофическим. Атрофический гастрит - это заболевание, при котором работоспособные клетки желёз постепенно отмирают и замещаются упрощёнными элементами. Их трансформация приводит к истончению стенок желудка. Видоизменённые железы начинают вырабатывать слизь вместо секреторной жидкости.

Стенки желудка постоянно контактируют с соляной кислотой и пищеварительными ферментами. Слизистая регулярно травмируется:

- грубой пищей;
- горячими и холодными продуктами;
- лекарствами;
- алкоголем.

Железы начинают работать в аварийном режиме, что провоцирует повышение кислотности в желудке. Такой процесс приводит к поверхностному антральному гастриту. Повреждения незначительные, охватывают неглубокие слои эпителия.

Антрум отдел расположен в нижней части желудка. В нём происходит подготовка пищевого комка к поступлению в тонкий кишечник. Задача антрум отдела - снизить кислотность содержимого и подготовить его к дальнейшему продвижению. Поскольку воспалённые железы нарушают обычный режим, необходимого ощелачивания не происходит.

Пища обрабатывается не в полной мере. Соляная кислота с содержимым поступает в кишечник, нарушая его работу. Повышение естественного рН уровня провоцирует воспаление стенок органа [9].

Постоянные сбои в процессе пищеварения приводят к развитию сопутствующих болезней ЖКТ:

- энтероколит;
- гастродуоденит;
- панкреатит;
- холецистит;
- дисбактериоз;
- язва желудка.

Со временем участки воспаления углубляются, работоспособность желез снижается. Место железистых элементов занимают незрелые (стволовые) клетки. В результате их многократного деления в антруме образуются трансформированные очаги. Железы утрачивают свои свойства [5, с.49]. Они могут вырабатывать только защитную слизь. Секреторную жидкость эти клетки не производят. Очаговая атрофия приводит к снижению кислотности в желудке.

В здоровом организме поврежденные клетки желудка систематически заменяются новыми элементами. У людей, страдающих гастритом с

повышенной или нормальной кислотностью, появляются изжога, отрыжка, запоры. Гастрит с повышенной кислотностью опаснее всего, так как он способен дать осложнения, может появиться эрозия на слизистых оболочках желудка. Она, в свою очередь, может перерасти в язву желудка.

При появлении первых жалоб, болевого синдрома и ощущения тяжести, распирающего в животе, отрыжки, изжоги кислым, плохого самочувствия, необходимо сразу же обратиться к врачу, потому что гастрит может осложниться язвенной болезнью и даже раком желудка.

В первую очередь врач выясняет характер жалоб, их длительность, характер питания, наличие стрессовых ситуаций.

В случае развития аутоиммунного атрофического гастрита антитела к париетальным клеткам и фактору Кастла вырабатываются клетками собственной иммунной системы. Эти антитела обладают цитотоксическим действием. Они прикрепляются к микроворсинкам париетальных клеток, вырабатывающих соляную кислоту, и способствуют их повреждению. В результате длительного активного разрушения клеток слизистой оболочки нарушаются процессы физиологической регенерации эпителия слизистой оболочки желудка. Процессы пролиферации преобладают, а полноценной дифференцировки новых париетальных клеток не происходит. Таким образом, вновь образующиеся париетальные клетки не способны секретировать соляную кислоту и гормоны желудка. Такие изменения синтетической активности клеток сопровождаются атрофией желез и нарушением пищеварительной функции желудка. Гастрит, связанный с образованием антител к париетальным клеткам, развивается главным образом в области тела желудка, где количество таких клеток максимально. Такой гастрит сопровождается снижением секреции соляной кислоты и называется гипоацидным [10].

Нарушение регенерации слизистой оболочки желудка является важным звеном патогенеза хронического гастрита. Для нормальной пролиферации и дифференцировки клеток необходимо хорошее кровоснабжение слизистой оболочки. При нарушении нейрогуморальной регуляции и преобладании

эффектов симпатической нервной системы тонус сосудов, кровоснабжающих стенку желудка, повышается, и кровоснабжение слизистой оболочки нарушается. Это приводит к нарушению трофики клеток слизистой оболочки и снижению ее регенераторной способности. В условиях постоянного действия местных повреждающих факторов такое нарушение трофики способствует атрофическим изменениям слизистой оболочки желудка и развитию гастрита.

Для того, чтобы поставить морфологический диагноз гастрита, а также установить ассоциирован ли он с *Helicobacter pylori*, необходимо провести ряд диагностических исследований, таких как: эндоскопическое исследование, рН-метрия (может проводиться во время эндоскопического исследования или отдельной процедурой), уреазный тест на хеликобактер пилори, полимеразной цепной реакции слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, иммуноферментный анализ крови для определения антител к хеликобактер пилори.

Самым важным методом в постановке диагноза гастрит является эндоскопическое исследование, при котором в желудок и в двенадцатиперстную кишку вводится специальный зонд (эндоскоп), оснащенный видеокамерой, с помощью которой осматривают желудок и двенадцатиперстную кишку. Из наиболее измененных участков при эндоскопии берут биопсию (кусочек ткани) для гистологического исследования (метод, при котором исследуется строение ткани для исключения раков и предраковых заболеваний желудка). Также при эндоскопии возможно проведение рН-метрии (измерения кислотности содержимого желудка). Именно эндоскопическим методом определяется морфология слизистой, степень ее поражения, глубина поражения и локализация патологического процесса.

Также широко используется дыхательный уреазный тест на *Helicobacter pylori*. *Helicobacter pylori* в процессе жизнедеятельности вырабатывает уреазу (специальный фермент, который ускоряет переработку мочевины до аммиака и углекислого газа). Данный метод с помощью специального прибора позволяет

сравнить уровни газового состава в исходном, нормальном варианте и при высокой уреазной активности.

Для определения инфицированности организма *Helicobacter pylori* можно использовать метод полимеразной цепной реакции диагностики- определение участков дезоксирибонуклеиновой кислоты *Helicobacter pylori* в биоптате слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. А также иммуноферментный анализ диагностики иммуноферментного анализа крови, с помощью которого определяется наличие в крови антител иммуноглобулинов к *Helicobacter pylori*.

Диагностика аутоиммунного гастрита включает выявление антител к париетальным клеткам желудка, проводится методом иммуноферментный анализ - диагностики.

1.2. Лечение, сестринский уход, профилактика гастритов

Лечение полностью зависит от вида гастрита. Важной его частью является диета. При обострениях, болях, тошноте следует принимать максимально щадящую пищу.

Желательно полностью исключить крепкий алкоголь. Показаны нежирные кисломолочные продукты, отварные овощи, нежирные мясо и рыба.

Не менее важно для больного прекращение курения. Желательно избавиться от этой пагубной привычки полностью, а если не удастся, хотя бы на период лечения. Дело в том, что образующиеся при сгорании табака, токсические вещества вместе со слюной попадают на слизистую желудка и вызывают ее раздражение [7. с.313].

Изменения гомеостаза организма достаточно серьезны при такой патологии, как острый гастрит. Лечение взрослого направлено на ликвидацию болевого синдрома, желудочной диспепсии и восстановление всех функций желудочно-кишечного тракта, что согласуется со стандартами лечения острого гастрита:

1. Для снятия абдоминальных болей назначают миогенные спазмолитики (Папаверин, Мебеверин, Но-шпа), либо М-холинолитики (Триган, Бускопан). При тяжелых формах (некротическом гастрите, флегмоне желудка), сопровождающихся сильными болями, назначают анальгетики (Анальгин, Баралгин, Промедол).

2. Для нормализации моторики желудка назначают прокинетики (Мотилиум, Церукал). При выраженной диарее в лечение включают антидиарейные препараты (Лоперамид, Смекта).

3. При остром гастрите у взрослых лечение должно предусматривать назначение препаратов, обладающих обволакивающим, гастропротекторным действием (Улькавис, Вис-нол, Гастро-Норм), а так же препаратов, усиливающих репаративные процессы (Энпростил, Мизопростол).

4. При геморрагическом гастрите, протекающем с повышенной кислотностью, назначают ингибиторы протонной помпы (Омепразол, Рабепразол), антациды (Алмагель, Маалокс).

5. Антибиотики при остром гастрите назначают, если заболевание:
- связано с приемом инфицированной пищи;
 - воспаление имеет специфическую этиологию (сифилис, туберкулез);
 - возникает вторичное инфицирование;
 - имеется распространение воспалительного процесса с вовлечением кишечника;
 - при тяжелых формах острого гастрита [4, с.260].

Применяют в основном препараты с широким спектром действия (Кларитромицин, Амоксициллин, Ампициллин).

Острый гастрит у взрослых - далеко не безобидная патология. Катаральное воспаление желудка без осложнений может лечиться в поликлинике, с выдачей листа нетрудоспособности сроком на 5 - 7 дней.

Острый катаральный гастрит с тяжелым течением (с профузными поносами, неукротимой рвотой, симптомами обезвоживания), фибринозный,

аллергический, некротический, флегмона желудка - лечатся стационарно. Эти состояния требуют постоянного врачебного наблюдения, подбора адекватной терапии. Кроме того, при всех этих состояниях возможно возникновение ситуации, когда жизнь больного будет зависеть от незамедлительной врачебной помощи.

Вопрос как долго лечится острый гастрит в стационаре, не совсем корректен. Длительность госпитализации зависит от тяжести заболевания и наличия осложнений, при катаральных гастритах, протекающих без осложнений, выписка возможна через 12 дней, а при тяжелых формах больной может находиться в стационаре 3-4 недели и более.

Лечебное питание - один из основных факторов успешной терапии острого гастрита.

При катаральном гастрите, вызванном приемом инфицированной пищи, алкоголя, лекарственных препаратов, в течение суток разрешается принимать только чай, минеральные воды без газа, отвар шиповника [6. с.195].

Диета при остром фибринозном и эрозивном гастритах проводится по тому же принципу, но расширение ее проходит медленнее.

При остром коррозивном гастрите больным в первые сутки, каждые 2 часа дают глотать кусочки сливочного масла, сырые яйца, растительное масло с анестезином. Затем больных переводят на парентеральное питание. Только через неделю переводят очень осторожно на естественное питание. Расширение диеты проводят с учетом состояния пищевода и желудка.

Лечебные мероприятия в первую очередь учитывают уровень кислотности, морфологию заболевания.

- Диета.
- Прием лекарственных препаратов.
- Борьба с этиологическими факторами заболевания.
- Санаторно-курортное лечение.

Основное лечение проводится амбулаторно. Госпитализация показана в период обострений.

В 90% случаев хронический гастрит бывает вызван бактерией *Helicobacter pylori*. Поэтому, при этом заболевании первым делом проводят обследование больного на присутствие в организме данного возбудителя. Также не менее важным является анализ желудочного сока, который поможет подобрать оптимальное лечение. Основные его этапы заключаются в следующем:

- Подбирается соответствующая диета.
- Проводится антихеликобактерная терапия. Она выполняется в течение 10 дней по 3-х компонентной схеме: блокатор водородной помпы, амоксициллин, кларитромицин. Если добиться эффекта не удалось, то через полтора месяца лечение повторяется уже по 4-компонентной схеме. При этом к указанным средствам добавляют Де-нол.
- При повышенной кислотности применяются препараты для ее понижения. Это уменьшает боли и изжогу, ускоряет процессы заживления.
- При пониженной кислотности требуются ферментная заместительная терапия. С этой целью назначают полиферментные средства – энзистал, фестал, мезим, абомин.
- В сочетании с лекарственными препаратами разрешено использование средств народной медицины.

Современные подходы к терапии хронических гастритов снизили распространенность этой болезни и значительно уменьшили частоту обострений. Но, несмотря на это, заражение хеликобактером может легко повториться. Поэтому, для тех, кто желает забыть о болезни на длительный срок, необходимо позаботиться об устранении предрасполагающих факторов [8].

С учетом особенностей заболевания при хронических гастрита рекомендуется применение средств фитотерапии. При гастритах как с повышенной, так и с пониженной кислотностью являются полезными сборы из трав, оказывающих противовоспалительное, спазмолитическое, ранозаживляющее действие:

- Листья мяты, цветы липы берутся по 1 части; корень аира, солодки голой и плоды фенхеля - по 2 части, семена льна посевного - 3 части. Принимают при повышенной кислотности.

- Травы полыни, чистотела, плоды укропа берут по 1 части; цветы календулы, корень одуванчика - по 2 части, сушеницу топяную - 4 части, семена овса и плоды шиповника - по 7 частей. Готовый сбор принимают при пониженной кислотности.

При снижении аппетита рекомендуется включение в состав травяных чаев различных горечей полыни, тысячелистника, одуванчика.

Методика лечения выбирается только врачом после проведения всех необходимых диагностических мероприятий.

Сначала обычно назначается симптоматическая терапия для уменьшения боли, снижения воспаления, стабилизации уровня кислотности.

В первую очередь дробное питание - в день 4 - 6 раз. Пища должна приниматься малыми порциями, теплой, тщательно пережеванной. Необходимо полностью исключить продукты, способные вызвать раздражение слизистой желудка:

- обжигающе холодные или горячие;
- копченые;
- соленые;
- жирные;
- острые.

Необходимо полный отказ от табакокурения и алкоголя. Приветствуются отварные и приготовленные на пару блюда - овощи, рыба, нежирное мясо. Не менее двух раз в день в дневном рационе должны присутствовать супы.

Для улучшения процессов пищеварения и снижения воздействия пищи на слизистую могут быть назначены ферменты, обволакивающие препараты.

В случае обнаружения бактерий *Helicobacter pylori* назначаются антибактериальные лекарственные средства.

Чтобы снять боли используют спазмолитики.

При необходимости назначаются медикаменты успокаивающего действия.

Одновременно проводится лечение сопутствующих заболеваний.

В периоды ремиссии больным рекомендуется санаторно-курортное лечение - Минводы, Кисловодск, Ессентуки или близлежащие санаторные комплексы, специализирующиеся на лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта [1].

Методы народной медицины должны применяться очень аккуратно и только под наблюдением врача, особенно в связи с широкой распространенностью аллергии. Алоэ, тысячелистник и другие растения могут стать причиной появления сыпи, крапивницы.

Лечение гастритов с повышенной кислотностью обычно проводится в амбулаторных условиях, госпитализация показана в случае серьезных обострений, сопровождающихся сильными болями, кровотечениями, обезвоживания (непрекращающаяся рвота, понос) и т. д.

Излечить полностью хронический гастрит с повышенной кислотностью удается редко. Цель лечебных мероприятий - добиться стойкой ремиссии [9].

В случае, когда гастрит развивается на фоне бактерии хеликобактер, назначают курс антибиотиков продолжительностью в полторы - две недели.

Для улучшения двигательной функции желудка специалист может назначить препарат "Мотилиум". Для того чтобы зажила слизистая оболочка, уместен "Солкосерил".

Лечебная диета поможет в борьбе с гастритом. Выполняя ее, быстрее можно добиться эффективных результатов в борьбе с недугом. Соблюдая диету, назначенную врачом, процесс лечения происходит более быстрыми темпами, восстанавливается оболочка желудка. Если питаться неправильно, значительно возрастает вероятность рецидива болезни.

Особенно внимательно стоит относиться к соблюдению рациона питания при обострениях хронической формы гастрита, возникших в результате стрессовых ситуаций. То же касается авитаминоза весной и осенью - в эти

сезоны организм наиболее ослаблен.

При повышенной кислотности нельзя употреблять следующие продукты:

- жирные блюда, с большим количеством специй и масла - то же касается соли и приправ, чеснока;
- продукты, провоцирующие повышенное выделение сока желудком - кофе и алкогольные напитки, бобовые и колбасы, капуста и копчености;
- все, что негативно воздействует на оболочку желудка - жирное мясо и редиска, грибы;
- горячую еду - под воздействием высоких температур оказывается негативное влияние на воспаленную оболочку желудка.

При гиперацидном гастрите нельзя употреблять в пищу:

1. Соленья, острые блюда.
2. Алкоголь.
3. Запеченные или жаренные на масле, жиру блюда.
4. Жирное мясо, грибы.

При гиперацидном гастрите следует выбирать следующие продукты:

- нежирная рыба, мясо;
- фруктовый кисель, пюре;
- нежирные молочные продукты;
- для восстановления кислотности полезна минеральная вода

"Боржоми" - стакан за полчаса до еды.

При пониженной кислотности в случае наличия гастрита необходимо употреблять в пищу следующие продукты:

- кисломолочные - кефир и сыр, творог, молоко;
- пюре - фруктовые и овощные;
- фруктовые соки;
- вареное или паровое куриное мясо или кролика, рыбное филе.

При пониженной кислотности в желудке следует придерживаться следующих правил:

1. Каждый день следует принимать пищу в определенное время.

Важно составить меню и график питания, разделив рацион на пять приемов пищи.

2. Необходимо тщательно пережевывать блюда - при жевании вырабатывается много желудочного сока, тщательно измельченные кусочки пищи не травмируют пищевод, а также слизистую оболочку желудка.

3. Принимать пищу следует не спеша.

Для того чтобы избавиться от проблем с желудком, следует придерживаться важных рекомендаций:

- Необходимо правильное питание.
- В процессе лечения необходимо принимать в указанных дозировках, по назначенной специалистом схеме, медикаменты.
- Важно пить побольше жидкости - лучше всего минеральную воду.
- Для лечения можно использовать средства народной медицины.

Как известно, гастрит может иметь общую и хроническую формы. По своему течению и специфике они отличаются, но основные принципы профилактики этих патологий очень схожи между собой [5, с.248]. Существуют некоторые специфические принципы профилактических мер:

1. Наличие физической активности. Когда её не хватает или она наоборот присутствует в излишке, страдает организм. Это может негативно сказаться как на хроническом, так и на остром гастрите. Для каждого пациента степень и вид нагрузки нужно подбирать индивидуально.

2. Психоэмоциональная деятельность. Больных гастритом лучше ограничить от излишних стрессов или нервных перегрузок. Такие процессы нарушают желудочную перистальтику и моторику, секреторные процессы. Кроме того, вследствие этого воспалительный процесс может только обостриться.

3. Ограничение по медикаментозному воздействию. Некоторые средства сильно нарушают деятельность и состояние желудка. К таким препаратам относятся производные ацетилсалициловой кислоты, нестероидные противовоспалительные препараты, антибиотики. Если отменить

прием таких лекарств невозможно, то их негативное воздействие должно стабилизироваться гастропротекторными препаратами.

4. Своевременные лечебные меры к гастриту. 2 раза в год у больных гастритом происходит обострение, обычно это случается в весеннее и осеннее время года. Если у человека произошел рецидив, то лечебные меры не в коем случае откладывать нельзя.

5. Наблюдение у специалиста - гастроэнтеролога. Абсолютно каждый человек, который склонен или уже болеет гастритом, у него должен быть высококвалифицированный специалист, который будет его наблюдать и в случае чего сможет своевременно выявить патологию и назначить лечение[9].

Вся профилактика гастрита сводится к тому, чтобы человек ограничил контакты с такими факторами или хотя бы минимизировал их.

Так как желудочная слизистая контактирует в основном с продуктами питания и кислородом. Профилактические меры заключается именно в контроле качества этих составляющих. Общественная профилактика острых гастритов контролируется на государственном уровне, уполномоченными структурами санитарно - эпидемиологической станции. Они должны вести строжайший контроль за заведениями общественного питания и качеством распространяемых пищевых продуктов, состоянием питьевой воды и обеззараживанием сточных вод. Это особенно важно для предотвращения массовой заболеваемости острым гастритом инфекционно-токсической природы.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ГАСТРИТЕ

2.1. Методика исследования

Испытуемые: Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа», в период с апреля по май 2019 года, были изучены:

- пациенты с гастритом. Средний возраст респондентов был от 25 до 45 лет. Стаж заболевания от 3 до 5 лет.

Используемая методика:

В исследовании был использован:

Анкета пациента (Приложение 1), которая помогла сформировать социальный портрет респондентов, получить информацию о проблемах пациентов, факторы риска, оценки сестринского ухода, при соблюдении режима питания и режима дня.

Процесс исследования:

Пациентам была предложена анкета, состоящая из 20 вопросов, направленных на определение основных проблем пациента, характерных для течения гастрита, факторов риска, определение степени удовлетворенности деятельностью медсестер.

Пациенты должны были самостоятельно ответить на вопросы, выбирая один из вариантов ответов, ориентируясь на собственные ощущения и оценки самочувствия и активности.

Результаты были обработаны на каждый вопрос анкеты.

Мы используем статистические методы для анализа данных, структурированных интервью. Процесс проведения исследования, в сопровождении беседы, которая направлена на создание эмоциональной составляющей, как основной показатель мотивации перестроек личности в

условиях хронического заболевания, смена работы и семейного положения, изменения социального статуса, определить специфику круга общения, а также отношения к болезни, проводимого лечения.

2.2. Социологическое исследование проблем пациента при гастрите

При анализе данных проведённого нами исследования методом добровольного и анонимного анкетирования был сформирован социальный паспорт респондентов, выявлены проблемы пациентов.

Большинство респондентов - это лица в возрасте от 24 до 35 лет (42%), второе место занимают 26% опрошенных в возрасте от 46 лет и старше, 21% составили пациенты от 18 до 25 лет, и наименьший процент занимает возраст от 36 до 45 лет (11%) (Рис. 1).

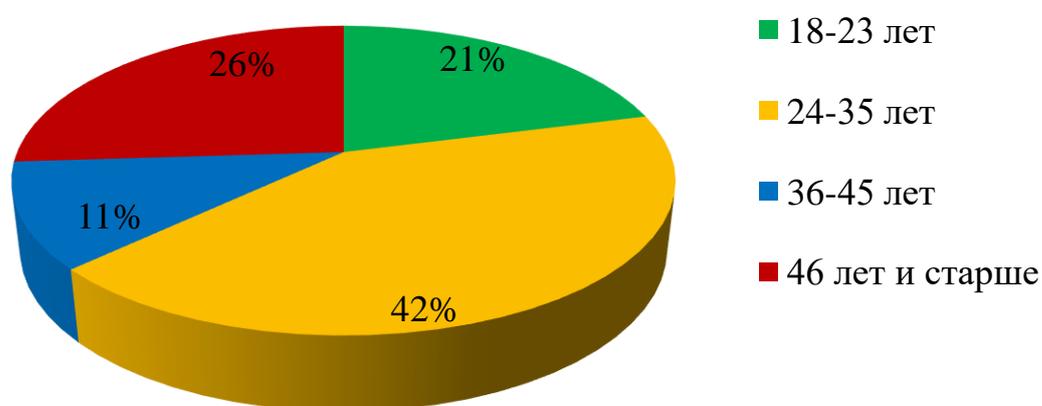


Рис. 1. Распределение по возрасту

Доказано, что чаще гастриты встречаются у мужчин. Гастрит с пониженной секреторной функцией желудка присущ мужчинам более старшего возраста, а у молодых мужчин часто диагностируется хроническая форма гастрита.

Таким образом, наиболее подвержены данному заболеванию мужчины (57%), женщины составляют 43% (Рис. 2).

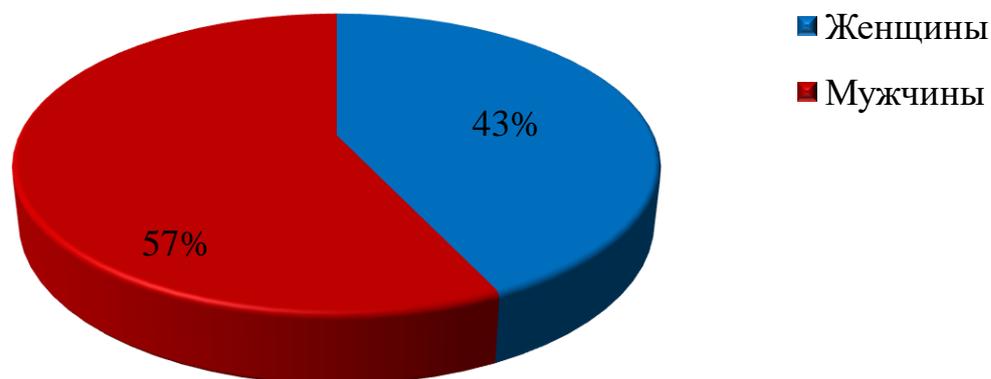


Рис. 2. Распределение пациентов по полу

В результате исследования выяснилось, что 48% респондентов проживают в городе, 39% – в селе, а 13% ответили, что в поселке городского типа (Рис. 3).

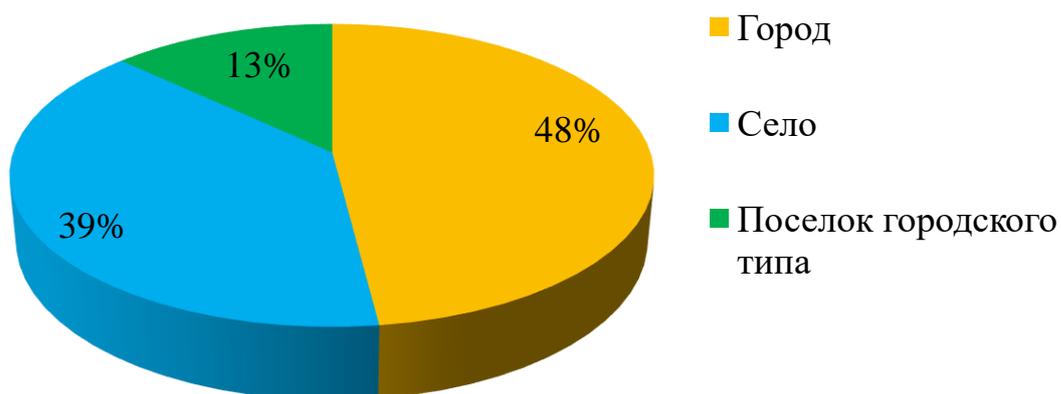


Рис. 3. Распределение по месту жительства

Как следует из данных, представленных на рисунке 4, социальное положение опрошенных распределилось следующим образом: 42% пациентов работают, 16% - не работают, 19% - студенты и всего лишь 23% пенсионеры.

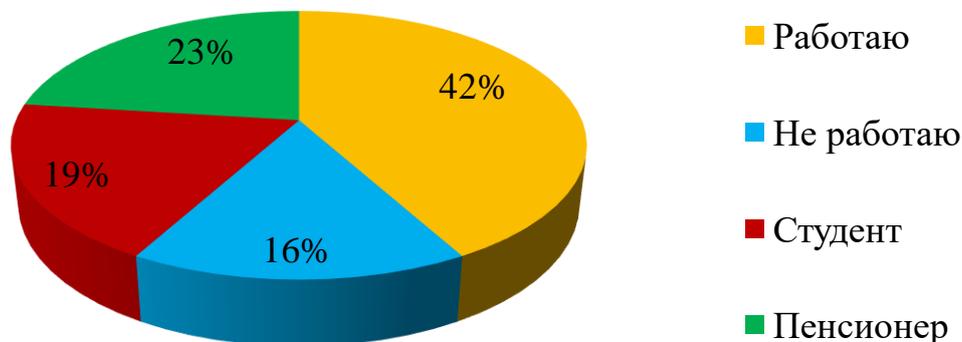


Рис. 4. Распространение по социальному положению

Вредные привычки, отрицательно влияют на организм человека и способствуют развитию заболеваний желудочно-кишечного тракта, в частности гастрита. Мы выяснили, что 49% пациентов не имеют вредных привычек, 27% - употребляют алкоголь, курят - 24% (Рис. 5).

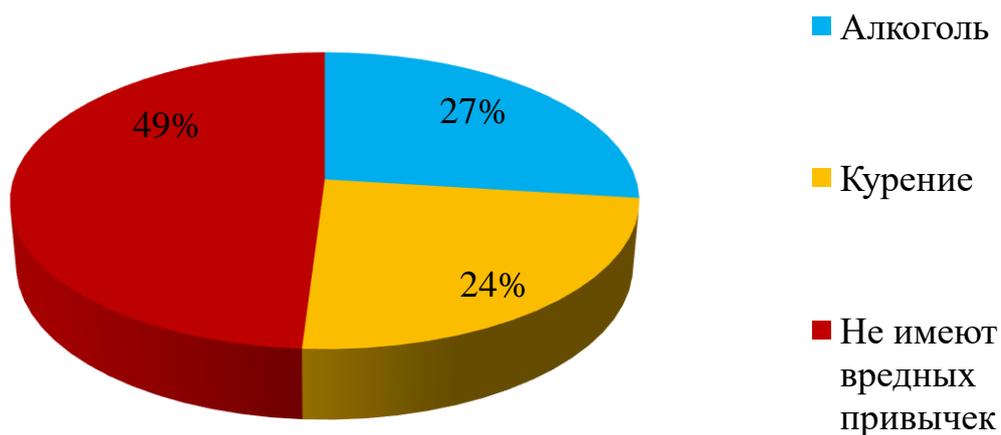


Рис. 5. Вредные привычки

Длительность заболевания у 46% респондентов ответили, что имеют стаж заболевания от 4 до 10 лет, 28% - 11 лет и более, 21% - от 1 до 3 лет, и у 5% респондентов стаж заболевания составляет менее года (Рис. 6).

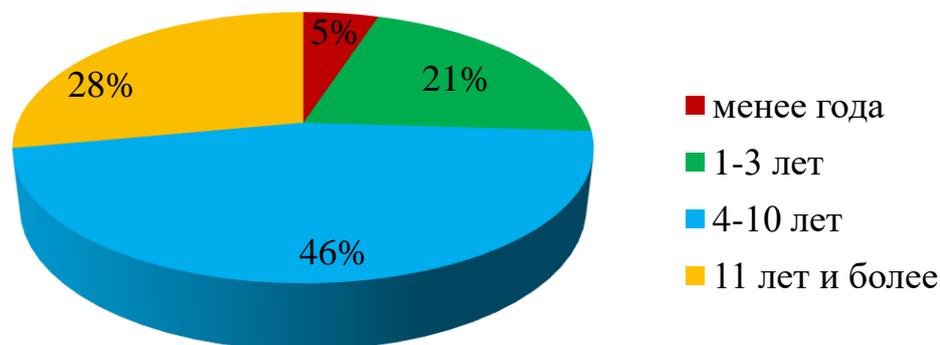


Рис. 6. Стаж заболевания

В ходе опроса выяснилось, что у 39% респондентов есть вредные привычки, 21% употребляют лекарственные препараты, 13% нарушают режим питания, 19% подвержены наследственности и всего лишь у 8% причиной развития заболевания является стресс (Рис. 7).

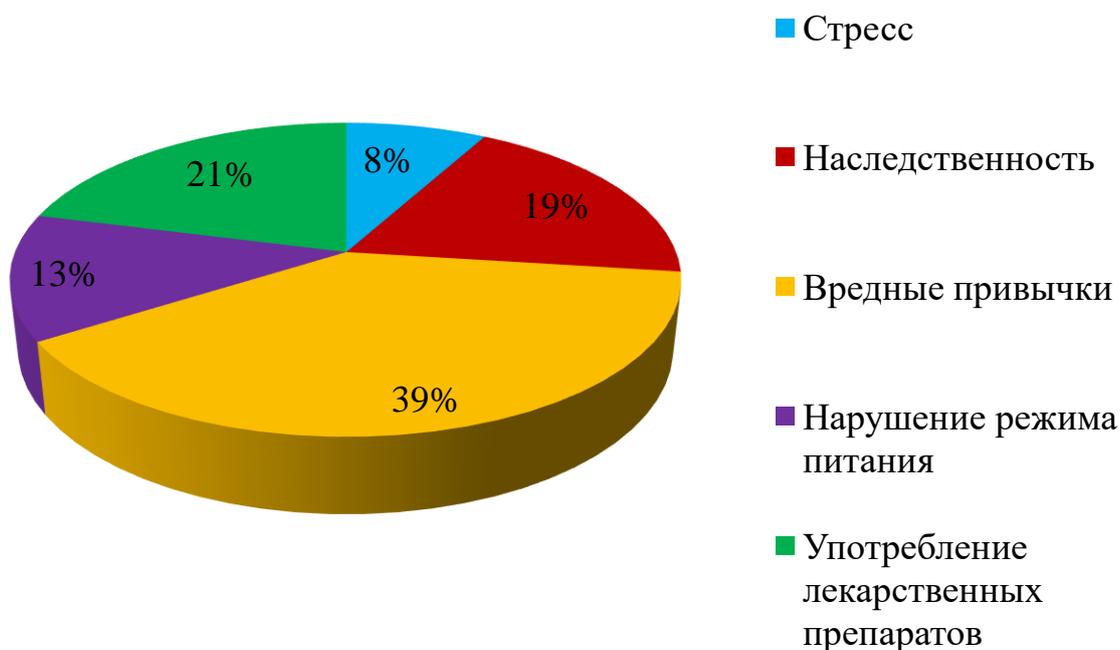


Рис. 7. Причины развития заболевания

По результатам анкетирования мы выявили, что 43% респондентов главной проблемой считают боли в животе, 29% респондентов изжогу, у 16% респондентов появляется рвота и 12% - запоры (Рис. 8).

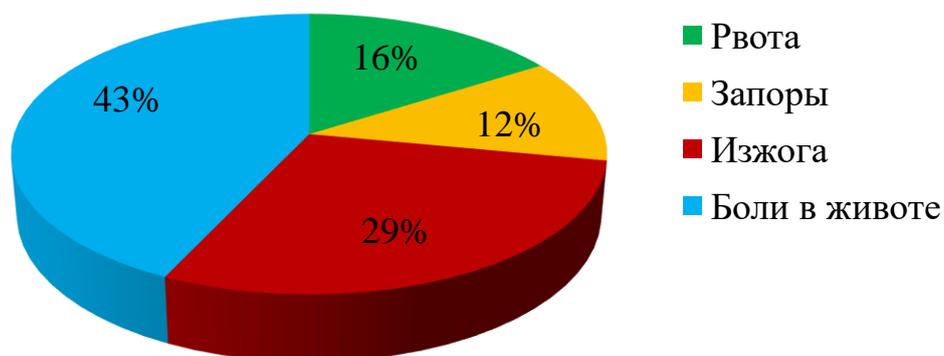


Рис. 8. Жалобы респондентов

Из полученных данных в ходе анкетирования мы выяснили, что у 28% респондентов есть данная проблема, когда у 72% опрошенных нет перенесенных и сопутствующих заболеваний (Рис. 9).

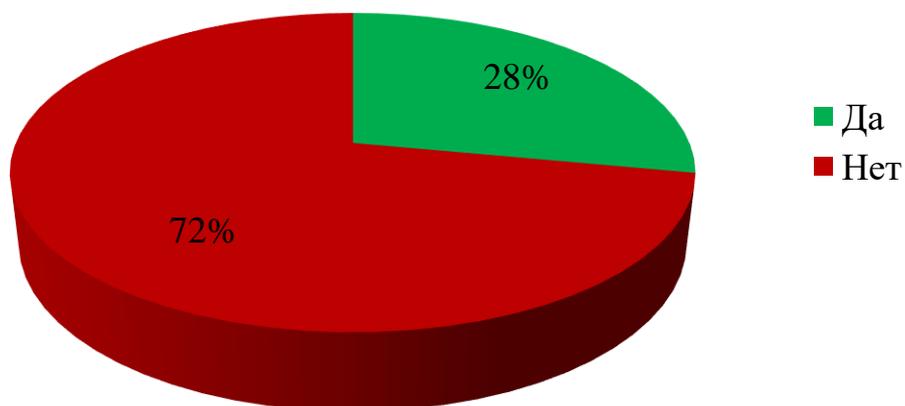


Рис. 9. Перенесенные и сопутствующие заболевания респондентов

В результате анкетирования, мы выяснили, что у 46% респондентов родственники имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, у 26% не имеют заболеваний и 28% респондентов затруднились ответить на поставленный вопрос (Рис. 10).

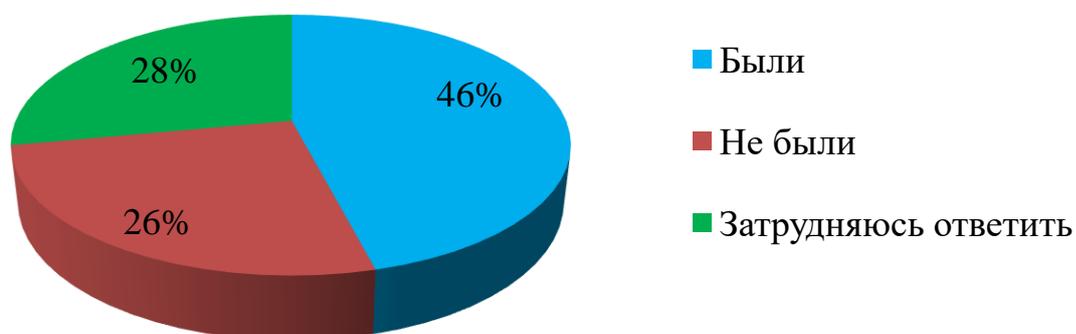


Рис. 10. Заболевания желудочно-кишечного тракта у родственников

В ходе анкетирования нам удалось выяснить психологические проблемы пациента. Нервное или психоэмоциональное перенапряжение присутствует у 31% респондентов, гнев - у 35% опрошенных, 11% от общего числа опрошенных ответили, что их психологическая проблема - это чувство страха, оставшиеся 23% ответили, что стресс является их психологической проблемой (Рис. 11).

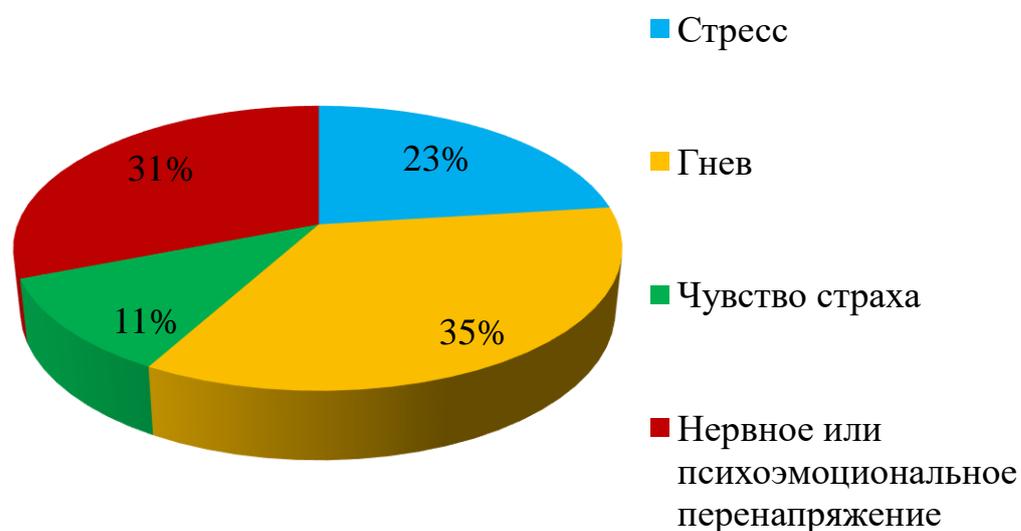


Рис. 11. Психологические проблемы пациентов

В ходе исследования мы выяснили, что 67 % больных соблюдают режим дня и 33 % - не соблюдают (Рис. 12).

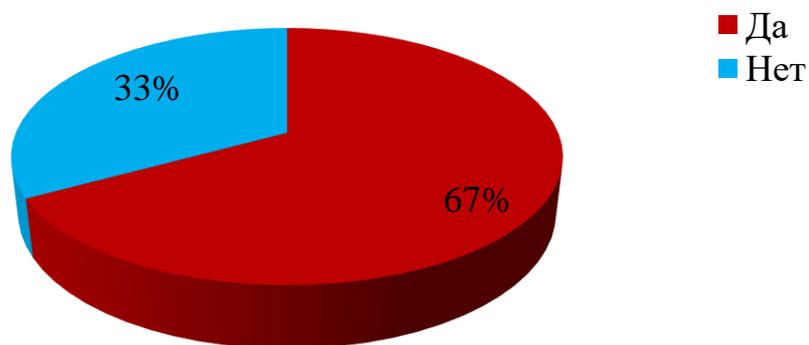


Рис. 12. Соблюдение режима дня

Из полученных данных было выявлено, что 71% респондентов соблюдают режим питания, а остальные 29% не соблюдают (Рис. 13).

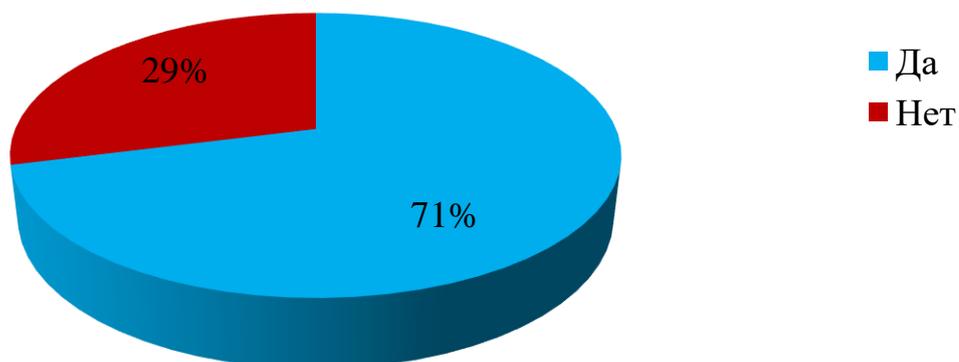


Рис. 13. Соблюдение режима питания

В результате исследования мы выяснили, что 35% опрошенных употребляют в своем рационе жареную пищу, 32% предпочитают

жирную пищу, 20%-мучную, соленую пищу предпочитают всего 13% респондентов (Рис. 14).

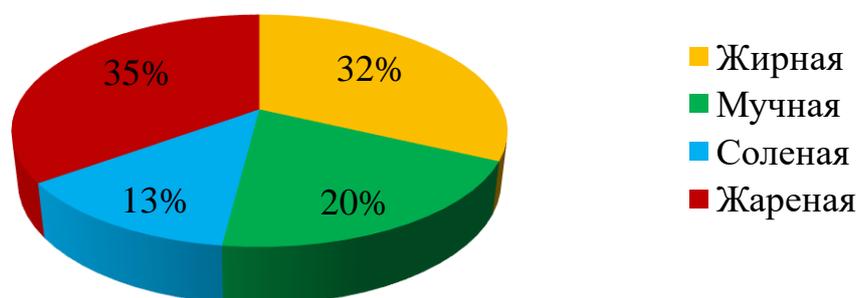


Рис. 14. Характер пищи, преобладающей в рационе респондентов

Из всех участвующих в проведении анкетирования, 47% сообщили, что они связывают появление болей с приемом пищи, 30% - не связывают.

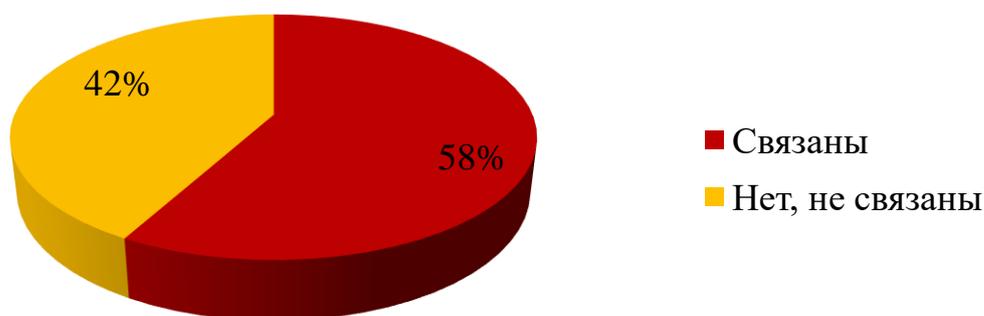


Рис. 15. Связь боли в животе с приемом пищи

В ходе анкетирования выяснилось, что у 38% респондентов возникают боли на голодный желудок, у 27% - боли сразу после еды, у 19% - через 1,5 - 2 часа после еды, и всего у 16% респондентов боли возникают чаще ночью (Рис. 16).

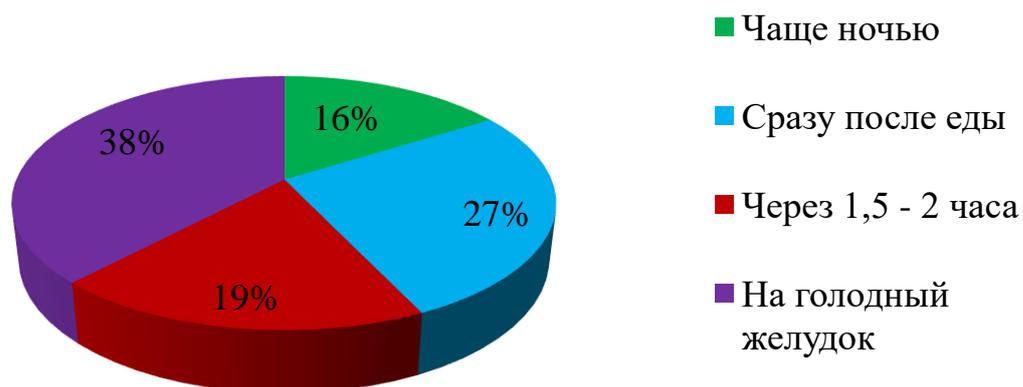


Рис.16. Возникновение боли после приема пищи

Из всех участвующих в проведении нашего анкетирования 58% сообщили, что они регулярно посещают школы здоровья, 29% - посещают редко и остальные 13% не посещают (Рис. 17).

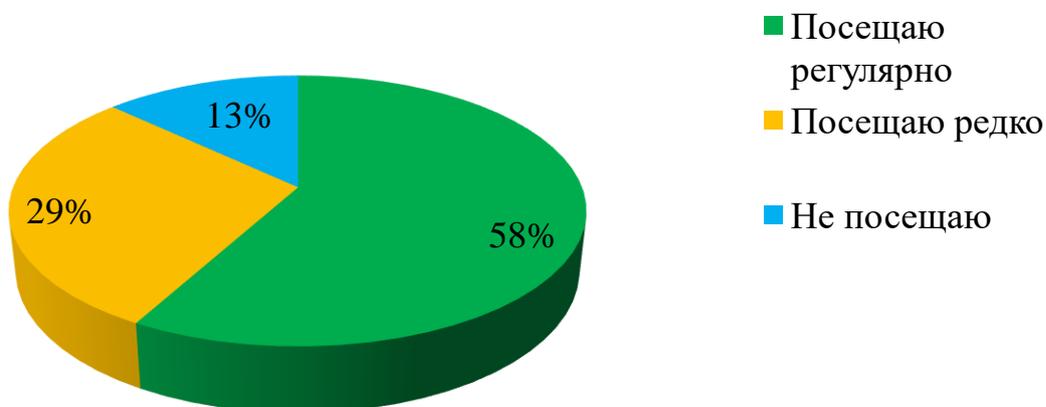


Рис. 17. Школы здоровья

В ходе анкетирования 62% респондентов отметили, что их состояние улучшилось, 17% больных ответили, что наступило ухудшение их состояния и 21% респондентов ответили, что их состояние без изменений (Рис. 18).

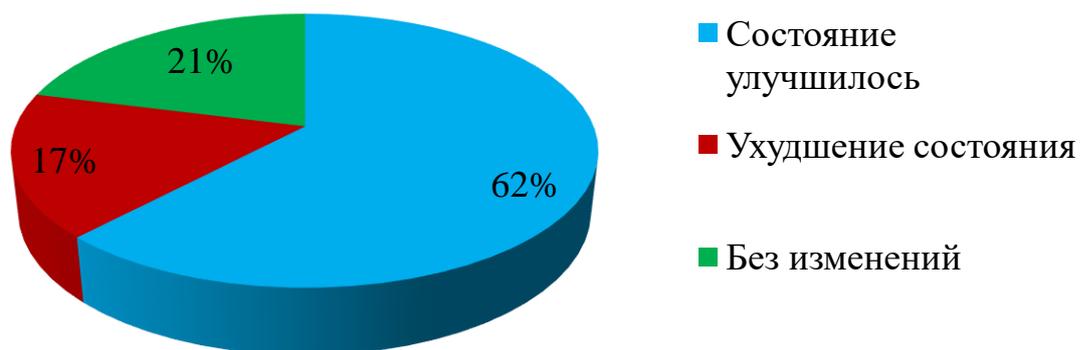


Рис. 18. Результативность сестринского ухода

В ходе анкетирования было выяснено отношение медицинских сестер к пациентам, из них 63% респондентов оценивают как хорошее, подчеркивают отзывчивое отношение и разъяснение основных вопросов, возникающих у пациентов, 28% отметили, что отношение к ним среднее и медицинские сестры не всегда всё разъясняют, так же негативное отношение отметили 9% пациентов (Рис. 19).

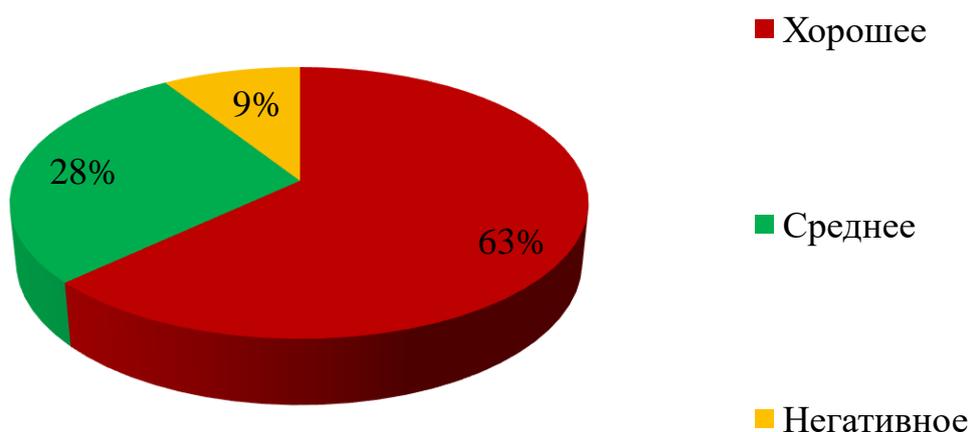


Рис. 19. Отношение медицинских сестер к пациентам

Мы выяснили, что 33% респондентов оценивают работу медицинских сестер на 5 баллов, 55% - на 4 балла, 12% - на 3 балла (Рис. 20).

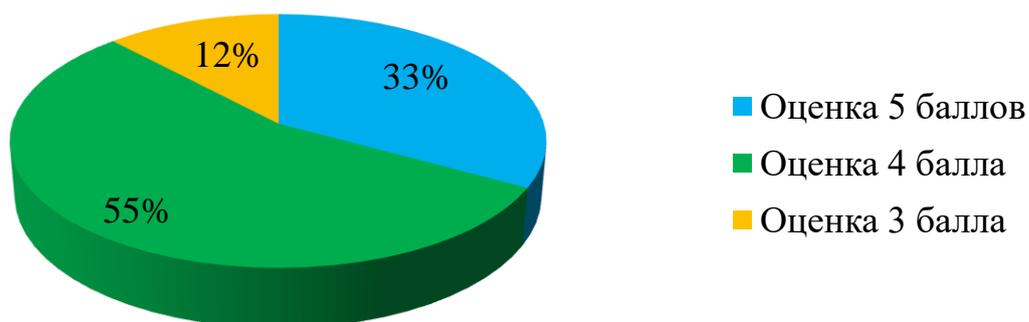


Рис. 20. Оценка качества работы медицинских сестер пациентами

Таким образом, состояние пациентов главным образом зависит от правильного ухода, соблюдения диеты и режима. Поэтому возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заболевание гастрит широко распространено во всем мире. В результате проведенного теоретического анализа литературных данных по проблеме заболевания гастрита, можно сделать выводы: знание этиологии и факторов риска, способствующих возникновению заболевания гастрита, а также профилактика позволяет предупредить развитие заболевания и обострение уже имеющегося процесса.

На основе проведенного социологического исследования было выяснено, что пациенты не соблюдают основных принципов здорового образа жизни, нарушают правильный режим питания, имеют вредные привычки, находятся в постоянных стрессовых ситуациях и имеют наследственную предрасположенность, что неблагоприятно влияет на их состояние в целом.

ВЫВОДЫ

1. Теоретический анализ используемых источников и литературы показал, что основными фактором риска развития заболевания гастрита являются: наследственная предрасположенность, стрессовые ситуации, наличие вредных привычек.

2. В результате исследования было установлено, что среди опрошенных пациентов 19% имеют наследственную предрасположенность к заболеванию гастрита, 23% респондентов находятся в постоянных стрессовых ситуациях, 29% не соблюдают правильный режим питания, 27% употребляют алкоголь и 24% курят.

3. Установлено, что приоритетными проблемами являются боли в животе (43%), психологические проблемы такие как нервное или психоэмоциональное напряжение (31%) и гнев (35%).

4. Большинство пациентов довольны отношением среднего медицинского персонала (63%) и качеством сестринского ухода (33%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Медицинские сестры должны:

1. Более широко внедрять санитарно-просветительскую работу о влиянии стресса, курения и алкоголя на развитие заболеваний желудочно-кишечного тракта.
2. Строго выполнять врачебные назначения с созданием комфортных условий для пациентов.
3. Подготавливать пациентов к лечебно-диагностическим вмешательствам.
4. Проводить профилактические беседы не только с пациентами, но и с их родственниками.
5. Повышать современные знания не только в области медицины, но и в области философии, педагогики, психологии.
6. Необходима более углубленная подготовка медицинских сестер и повышение их профессиональной компетенции для профилактики и оказания помощи пациентам.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Казачков, Е.Л. Основы патологии: этиология, патогенез, морфология болезней человека [Электронный ресурс]: учебник /; под ред. Е.Л. Казачкова, М.В. Осикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017.Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970440520.html>

2. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение : учебное пособие для студентов среднего профессионального образования [Текст] учебник / Д.А Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина, - 15-е изд.-Ростов н/Д: Феникс, 2016. - 474 с.

3. Маев, И.В. Болезни желудка [Текст] / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 967с.

4. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: учебник [Электронный ресурс] / Лычев, В.Г. , Карманов, В.К. – Москва: ГЭОТАР–Медиа , 2018. – 544 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>

5. Обуховец, Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс]: практикум / Обуховец, Т.П. ; под ред. Кабарухина, Б.В. – Ростов н/Д: Феникс, 2015.- 412 с. (Среднее медицинское образование). Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222254578.html>

6. Ослопов, В.Н. Общий уход за больными терапевтического профиля [Текст] : учебное пособие для студентов медицинских вузов, обучающихся по спец. "Лечебное дело", "Медико-профилактическое дело" / В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская; рец.: Ю.В. Щукин, И.И. Шапошник. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. : ил., табл. - Прил.: с. 433-446.

7. Тарасевич, Т.В. Сестринское дело [Электронный ресурс]: учеб. / Тарасевич, Т.В. - Минск: РИПО, 2017. - 587 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036464.html>

8. Федюкович, Н.И. Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник /

Н.И. Федюкович - Ростов н/Д: Феникс, 2018. - (Среднее медицинское образование).
Режим доступа:
<http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785222301227.html>

9. Режим доступа: <https://gastrot.ru/gastrit/atroficheskij-antralnyj>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Уважаемые пациенты!

Просим Вас анонимно ответить на вопросы, изложенные в анкете.

Анкета

1. Возраст _____

2. Пол:

1. Муж
2. Жен

3. Место жительства:

1. Город
2. Село
3. Посёлок городского типа

4. Социальное положение:

1. Работаю
2. Не работаю
3. Студент
4. Пенсионер

5. Имеете ли Вы вредные привычки?

1. Курение
2. Алкоголь
3. Наркотики
4. Не имею вредных привычек

6. Сколько лет Вы страдаете гастритом?

1. 1-2 года
2. 3-5 лет
3. 5-10 лет
4. 10-20 лет

7. С чем Вы связываете причины развития заболевания?

1. Стресс
2. Наследственность

3. Вредные привычки
4. Нарушение режима питания
5. Употребление лекарственных препаратов

8. Какие жалобы наблюдаются в связи с заболеванием?

1. Рвота
2. Запоры
3. Изжога
4. Боли в животе

9. Есть ли у Вас сопутствующие заболевания?

1. Да
2. Нет

10. Были ли у Ваших родственников заболевания желудочно-кишечного тракта?

1. Были
2. Не были
3. Затрудняюсь ответить

11. Какие психологические проблемы Вас беспокоят?

1. Стресс
2. Гнев
3. Чувство страха
4. Нервное или психоэмоциональное перенапряжение

12. Соблюдаете ли Вы режим дня?

1. Да
2. Нет

13. Соблюдаете ли Вы режим питания?

1. Да
2. Нет

14. Какая пища преобладает в Вашем повседневном рационе?

1. Жирная
2. Мучная

3. Солёная
4. Жареная

15. Связаны ли у Вас боли в животе с приемом пищи?

1. Связаны
2. Нет, не связаны

16. Через какое время после приёма пищи возникали боли в животе?

1. Чаще ночью
2. Сразу после еды
3. Через 1,5 - 2 часа
4. На голодный желудок

17. Посещаете ли Вы школу здоровья?

1. Посещаю регулярно
2. Посещаю редко
3. Не посещаю

18. Как Вы оцениваете результат сестринского ухода?

1. Состояние улучшилось
2. Ухудшение состояния
3. Без изменений

19. Оцените отношение медицинских сестер к пациентам?

1. Хорошее
2. Среднее
3. Негативное

20. Как Вы оцениваете работу медицинских сестер по пятибальной шкале?

1. 5
2. 4
3. 3
4. 2
5. 1