

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051507
Кибалко Любови Владимировны**

Научный руководитель
преподаватель Смирнова Т.В.

Рецензент
Врач-кардиолог
ОГБУЗ «Городская больница № 2
Г. Белгорода» Денисова Л.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИНСУЛЬТЕ.....	6
1.1. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Симптомы.	6
1.2. Лечение и профилактика инсульта.....	13
1.3. Особенности сестринского ухода при инсульте.....	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ИНСУЛЬТЕ.....	22
2.1. Данные собственного исследования.....	22
2.2. Рекомендации по профилактике инсульта.....	40
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	44
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	46

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что сосудистые заболевания головного мозга занимают в мире первое место по утрате трудоспособности после перенесения заболевания. При этом наблюдается глубокая инвалидизация пациентов, требующая постоянной медико-социальной поддержки по восстановлению процессов, связанных с нарушением физических функций (функциональной работоспособности, в том числе элементарного равновесия), а также интеллектуального и психологического состояния.

По оценкам ВОЗ, в 2017 году более 17,5 миллиона человек умерло от инфаркта или инсульта. Вопреки общепринятому мнению, более 3 из 4 таких случаев смерти, распределенных в равной степени между мужчинами и женщинами, произошли в странах с низким и средним уровнем дохода.

Острые нарушения мозгового кровообращения, сопровождающиеся рядом характерных симптомов, которые сохраняются более суток или приводят к смерти пациента принято называть инсультом. Инсульт характеризуется общемозговыми нарушениями и (или) проявлением очаговой неврологической симптоматики с внезапным возникновением. В течение нескольких минут (изредка – часов) у пациента изменяется сознание, сопровождаемое головной болью, рвотой, зрительными, двигательными, речевыми или другими нарушениями. Симптомы могут проявляться как в комплексе, так и по отдельности.

В современном обществе инсульт (наряду с другими острыми нарушениями мозгового кровообращения) представляет собой одну из наиважнейших медико-социальных проблем, обусловленную увеличением количественного роста заболевания, влекущего за собой смерть пациента или обретение первичной инвалидности. Наблюдается заметное «омоложение» заболевания. Так, например, если раньше инсульт диагностировался в основном у лиц после 60 лет и, следовательно, был связан с преклонным возрастом (то

есть, с неуклонным старением организма), то в настоящее время заболеванию подвержены также люди среднего возраста, молодежь, подростки и даже дети. С каждым годом увеличивается количество пациентов, перенесших инсульт и, как показывает статистика, около 50% при этом погибают. Причем 80% из выживших граждан навсегда остаются инвалидами. Если учесть, что третья часть пострадавших относится к лицам трудоспособного возраста, то становится очевидна актуальность данной проблемы. Вот почему так важна профилактическая работа, расширение объема сестринского ухода, оптимизация помощи гражданам, перенесшим инсульт.

Практическая значимость: выявить факторы риска развития инсульта и особенности сестринского ухода, а также дать практические рекомендации по профилактике инсульта.

Цель исследования: изучить и проанализировать деятельность медицинской сестры по профилактике инсульта.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать острое нарушение мозгового кровообращения – инсульт, раскрыв основные симптомы заболевания и возможные осложнения.
2. Оценить роль профилактической деятельности медицинской сестры при инсульте.
3. Провести анкетирование пациентов.
4. Сделать выводы по проведенному исследованию и предоставить рекомендации пациентам и средним медицинским работникам.

Объект исследования: пациенты, перенесшие инсульт, неврологического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2» города Белгорода.

Предмет исследования: профилактическая деятельность медицинской сестры при инсульте.

Методы исследования:

1. Теоретический анализ литературы по диагностике острых нарушений мозгового кровообращения, в частности, инсульта.

2. Психодиагностический метод (беседа).
3. Эмпирический метод (наблюдение).
4. Социологический метод (анкетирование).
5. Статистический метод (статистическая обработка полученной информации).

База исследования: неврологическое отделение 2 ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

Время исследования: 2019 г.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

1.1. Определение. Этиопатогенез. Факторы риска. Классификация. Симптомы

Инсульт – острое нарушение кровообращения головного или спинного мозга с развитием стойких симптомов поражения центральной нервной системы.

Классификация

Различают:

1. Геморрагический инсульт
2. Ишемический инсульт.
3. Преходящее нарушение мозгового кровообращения

Этиопатогенез

Геморрагический инсульт – это кровоизлияние в головной мозг или под его оболочки (апоплексический удар, апоплексия). Внутримозговое кровоизлияние «ВМК» (синонимы: нетравматическая внутримозговая гематома, геморрагический инсульт) составляет около 17% всех инсультов. 30 – 35 % пациентов умирают в первые 30 дней (половина из них умирают в первые 2 суток). Геморрагический инсульт, в большинстве случаев, возникает в результате разрыва сосуда и как следствие неврогенных вазомоторных нарушений, что приводит к длительному сужению мозговых сосудов. Это вызывает замедление кровотока, снижается питание кислородом мозговой ткани. Повышенная проницаемость стенок сосудов приводит к пропотеванию плазмы крови, периваскулярному отёку и диапедезным кровоизлияниям, которые, сливаясь, образуют большой очаг кровяного пропитывания.

Ишемический инсульт – остро развивающийся некроз определенного участка мозга, наступивший в результате нарушения к нему притока крови, вследствие полной или неполной окклюзии (закупорки) кровоснабжающего его сосуда, из-за спазма, тромбоза, эмболии, атеросклероза.

Ежегодно в РФ происходит около 400 – 450 тыс. инсультов, из которых на долю ишемического инсульта приходится около 80%.

«Современные патогенетические представления позволили предложить схему последовательных этапов» [11, с.62.] развития ишемического инсульта («ишемический каскад»):

1-й этап: снижение мозгового кровотока;

2-й этап: глутаматная «эксайтотоксичность» (самораспространяющийся патологический процесс, ведущий к повреждению или гибели нервных клеток при длительном выраженном увеличении концентрации глутамата);

3-й этап: внутриклеточное накопление кальция;

4-й этап: активация внутриклеточных ферментов;

5-й этап: повышение синтеза NO и развитие оксидантного стресса;

6-й этап: экспрессия генов (процесс переноса генетической информации от гена к структурным единицам клетки, посредством образования функционального продукта – РНК и белка);

7-й этап: «отдалённые» последствия ишемии (реакции местного воспаления, микроваскулярные нарушения, повреждения ГЭБ);

8-й этап: апоптоз (процесс гибели клеток).

Факторы риска

К немодифицируемым факторам риска относят:

1. Возраст и пол. Распространенность инсульта зависит от возраста. В каждом предстоящем десятилетии заболеваемость возрастает. Несмотря на то, что инсульт встречается у лиц молодого возраста и даже у детей, заболевание продолжает относиться к «возрастным». Также исследователями доказано, что инсульт у женщин встречается чаще, хотя мужчины подвержены ему с более

молодого возраста (у женщин риск инсульта развивается в пожилом возрасте, а процесс реабилитации длительнее).

2. Время года и климатические условия также играют весомую роль в развитии инсульта. Весеннее и зимнее время является самым вредным для пациентов с сердечно-сосудистыми патологиями, поскольку именно в это время происходят частые скачки давления и температуры, что и может привести к резкому нарушению мозгового кровообращения. Однако опасна и высокая температура окружающей среды в летнее время, особенно сопровождаемая повышенной влажностью («эффект бани») воздуха, что заметно отражается на состоянии сердечно-сосудистой системы. Экстремальным можно считать любой климат, характеризующийся значительными перепадами температуры воздуха, направлениями движения воздушных масс и барометрического давления.

3. Этническая принадлежность. «Замечено, что инсульты у лиц негроидной расы протекают тяжелее и встречаются чаще, а у азиатов (китайцев, японцев) риск инсульта ниже, чем у европейцев» [4, с.13]. Когда в фактор риска включается этническая принадлежность, то следует учитывать привычную для народности пищу и традиционные устои быта (отдых, соблюдение режима дня), а также климат, в котором они проживают.

4. Наследственность. Предрасположенность потомков наследовать от родителей особенности (патологии) сердечно-сосудистой системы.

К модифицируемым факторам риска можно отнести:

1. Артериальную гипертонию. Данное заболевание играет весомую роль в развитии инсульта, поскольку частое повышенное давление ведёт к ослаблению стенок сосудов головного мозга. Снижается возможность сосудов к расширению и сужению. Также к факторам риска относят несистематическое лечение гипертонии лекарственными средствами короткого действия.

2. Сердечные патологии (атеросклероз церебральных и прецеребральных артерий, «мерцательная аритмия, инфаркт миокарда, аневризма левого желудочка, искусственный клапан сердца, ревматическое поражение клапанов

сердца, миокардиопатии, бактериальный эндокардит» [6, с. 232]). Заболевания, приводящие к нарушению работы сердца, оказывают негативное влияние на мозг, поскольку нарушается поступление кислорода и питательных веществ.

Очень важным фактором риска является тромбоэмболия, которая легко может привести к ишемическому инсульту.

3. Сахарный диабет. Данное заболевание приводит к нарушениям углеводного, белкового и жирового (липидного) обмена, изменяет свойства крови. Концентрация важных для жизнедеятельности элементов сокращается, в связи с чем происходит нарушение иммунитета. Важную роль играют изменения свойств сосудов головного мозга: нарушение тонуса, выраженная гиперплазия интимы, воспалительные патологии.

4. Курение. В основе болезнетворного действия на мозговые клетки лежат стремительно развивающиеся изменения в составе крови. Всего по прошествии семи секунд после вдыхания сигаретного дыма никотин поступает в клетки мозга, оказывая на них специфическое влияние. Под его действием, а также под влиянием окиси углерода и других веществ увеличивается уровень артериального давления, повышается частота сердечных сокращений, что оказывает отрицательное влияние на сосуды головного мозга. Курение может стать причиной повышенной свертываемости крови, поскольку оно воздействует на агрегацию эритроцитов, показатель гематокрита, вязкость, содержание фибриногена, гемоглобина. При курении значительно нарушается локальный мозговой кровоток. Возрастает риск закупорки магистральных сосудов головы. В них могут формироваться атеросклеротические бляшки, суживаться просвет сосудов, ухудшая условия кровоснабжения мозга.

5. Повышенное содержание тромбоцитов и холестерина (гиперхолестеринемия) в крови пагубно влияет на кровообращение и кровоснабжение головного мозга, что влечёт за собой развитие инсульта, а также увеличивает вероятность возникновения сердечно-сосудистых патологий, которые тоже являются фактором риска появления нарушений мозгового кровообращения.

Помимо перечисленных факторов риска, способствующих развитию заболевания, имеются и другие предпосылки, которые могут повлиять на возникновение инсульта: патология магистральных артерий головы, гемостатические нарушения, алкоголизм, малоподвижный образ жизни, стрессы и др. Известно также, что хронический стресс является толчком в развитии многих заболеваний, в том числе и инсульта. Стресс приводит к повышению артериального давления и увеличению числа сердечных сокращений. В свою очередь это вызывает риск спазмирования сосудов и повышенной свертываемости крови. В результате чего появляются тромбы.

Симптомы инсульта

Симптомы геморрагического инсульта зависят от того, в какой отдел головного мозга и в каком объёме произошло кровоизлияние.

Всего выделяют три периода в течении болезни:

1. Острый
2. Восстановительный
3. Резидуальный

В зависимости от места кровоизлияния выделяют:

1. Внутримозговое (паренхиматозное) кровоизлияние. Клиническая картина этого вида будет отражаться очаговыми и менингеальными симптомами.

«Возникает отёк головного мозга, повышается внутричерепное давление, возможно смещение и ущемление участков мозга, что приводит к нарушению сознания и расстройству жизненно важных функций: дыхания, сердечно сосудистой деятельности, терморегуляции» [1, с.138].

Возникновение заболевания происходит остро, в момент эмоционального или физического перенапряжения. Сначала появляется сильная головная боль, после чего человек теряет сознание и развивается кома. В этот момент артериальное давление повышено, нет реакции зрачков на свет, лицо принимает багрово-красный цвет, голова и глаза пострадавшего направлены в противоположную от паралича сторону.

Носогубная складка на стороне паралича разглажена, опущен угол рта, щека «парусит».

Температура уже в первые сутки может подняться до 41 °С, а позже начинается развитие пневмонии или отёка легких.

Более чем у 60% пострадавших наступает летальный исход. Однако при благоприятном течении заболевания уже на 10-14 день начинается восстановительный период.

2. «Вентрикулярное (желудочковое) кровоизлияние. Протекает крайне тяжело, со свойственным внезапным началом, развитием коматозного состояния. Дыхание пациента приобретает шумный характер (по типу Чейна-Стокса), пульс учащается, напряженный, температура до 40 °С. Появляется ознобopodobный тремор, кровь в ликворе. Типичным симптомом для данного вида является горметония – приступы тонического напряжения мышц, сменяющиеся гипотонией» [1, с.139]. Летальный исход наступает на 2-3 сутки. Умирают почти все пациенты.

3. Субарахноидальное кровоизлияние. В начале заболевания характерны внезапные и сильные головные боли, психомоторное возбуждение, гиперемия лица, повышение температуры тела, ригидность затылочных мышц, также появляются симптомы Брудзинского и Кернига (важные симптомы, возникающие при ряде заболеваний и указывающие на раздражение мозговых оболочек), повышается давление, в ликворе наблюдаются следы крови. Смерть наступает в 30% случаев.

Симптомы ишемического инсульта.

В клиническом течении инсульта выделяют следующие периоды: 1) 1–3-и сутки – острейший период; 2) до 28 суток – острый период; 3) до 6 месяцев – ранний восстановительный период; 4) до 2-х лет – поздний восстановительный период; 5) после 2-х лет – период остаточных явлений. В острейшем периоде заболевания тяжесть острой ишемии мозга тесно взаимосвязана со степенью ослабления мозгового кровотока, продолжительностью восстановительного периода и длительностью ишемии.

В течение 6–8 мин с момента появления инициальных симптомов инсульта происходит ишемическое повреждение головного мозга. «Уменьшение объема мозгового кровотока влечет за собой значительное ограничение поступления в ткань мозга кислорода и глюкозы» [4, с.17]. ««Точечная», или «ядерная», зона инфаркта формируется в области локального снижения церебрального кровотока до 10 мл/100 г/мин. Вокруг нее находится зона ишемической полутени, где мозговой кровоток составляет около 20–40 мл/100 г/мин. В течение «терапевтического окна» (3–6 ч) в этом участке мозга происходят лишь функциональные, а не структурные изменения, сохранен энергетический метаболизм, после чего формируется инфарктный очаг. «Доформирование» ишемического инсульта продолжается на протяжении 48 и более часов, в связи с чем интенсивную терапию необходимо начинать в первые 3 часа заболевания, что требует от врачей четкого понимания алгоритма лечебно-диагностических действий с целью исключения потери времени» [10, с.38].

Развитие ишемического инсульта происходит в течение нескольких минут или секунд (изредка срок увеличивается до нескольких часов/дней), вследствие чего появляются двигательные, речевые, чувствительные и другие нарушения, которые характерны для нейроваскулярного синдрома (поражения одного из сосудистых бассейнов головного мозга). Как правило, изменения в состоянии сознания, рвота или сильная головная боль не наблюдаются. Однако исключение составляет возникновение инфарктов в мозжечке, стволе или в полушарии головного мозга. «Прогрессирующее течение инсульта (постепенное или ступенчатое нарастание неврологических нарушений в течение нескольких часов или дней) отмечается у 20% больных ишемическим инсультом в каротидном бассейне и у 40% больных ишемическим инсультом в вертебрально-базилярном бассейне» [6, с. 234].

По локализации различают следующие области поражения: закупорка передней мозговой артерии, инфаркты в бассейне средней мозговой артерии, мозжечка или области таламуса, инсульты в вертебральнобазилярной системе,

инсульты в каротидной системе (встречаются в 5-6 раз чаще), закупорка позвоночной артерии, закупорка базилярной артерии, закупорка задней мозговой артерии, атеротромботический инсульт, эмболический инсульт, гемодинамический инсульт, лакунарный инсульт.

1.2. Лечение и профилактика инсульта

Лечение

Лечение инсультов должно начинаться незамедлительно. Пока не установлен характер инсульта, необходимо проводить мероприятия, направленные на сохранение жизни пострадавшего: уложить пациента на спину, слегка приподняв голову, снять съёмные зубные протезы (если таковые имеются), расстегнуть одежду, при наличии рвоты необходимо повернуть голову набок и произвести очистку ротовой полости. Пациенты с инсультом подлежат госпитализации в первые 3 часа от появления первых симптомов болезни.

Недифференцированное лечение заключается в ликвидации сердечно-сосудистых нарушений. Оно включает в себя коррекцию дыхательной функции с пульсоксиметрическим мониторингом, нормализацию АД и сердечной деятельности с суточным мониторингом ЭКГ и АД (совместно с кардиологом), регуляцию гомеостатических показателей (электролиты и рН крови, уровень глюкозы), борьбу с церебральным отеком (осмодиуретики, кортикостероиды).

Для регуляции функций сердечно сосудистой системы необходимо поддержание АД на цифрах, которые превышают рабочие цифры пациента. Для этого используются препараты, которые минимально воздействуют на мозговой кровоток – лабеталол 5 – 20 мг внутривенно, клофелин 0,15 – 0,3 мг внутривенно или внутримышечно, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов.

При снижении гемодинамики нужно восполнить ОЦК. Для этого используют свежемороженную плазму, реамберин. Для нормализации дыхания систематически необходимо отсасывать слизь электроотсосом из полости рта, глотки и носа. Также в полость рта для предупреждения западения языка и облегчения дыхания можно ввести воздуховод. Чтобы предотвратить аспирацию рвотными массами, в желудок через нос вводят тонкий зонд.

Для профилактики развития застойных пневмоний и появления пролежней положение пациента меняют каждые два часа. Для снятия отёка мозга проводится дегидратационная терапия, которая включает в себя применение 10%-ного раствора глицерина на физрастворе внутривенно, дексаметазона, лазикса 2 – 8 мл в сутки, а также манитола.

«Чтобы повысить устойчивость мозга к гипоксии назначают такие препараты, как натрия оксипутират, фаустан, реланиум, дроперидол. Дифференцированное лечение инсульта соответствует его патогенетическим механизмам. При ишемическом инсульте основным является скорейшее восстановление кровотока ишемизированной зоны. С этой целью применяется медикаментозный и внутриартериальный тромболизис при помощи тканевого активатора плазминогена (rt-PA), механическая тромболитическая терапия (ультразвуковая деструкция тромба, аспирация тромба под томографическим контролем). При доказанном кардиоэмболическом генезе инсульта проводится антикоагулянтная терапия гепарином или надропарином. Если не показан или не может быть осуществлен тромболизис, то назначаются антиагрегантные препараты (ацетилсалициловая к-та). Параллельно применяются вазоактивные средства (винпоцетин, ницерголин)» [2, с.45].

Приоритетным в терапии геморрагического инсульта является остановка кровотечения. Гемостатическое лечение может проводиться препаратами кальция, викасолом, аминокaproновой кислотой, этамзилатом, апротинином. Совместно с нейрохирургом принимается решение о целесообразности хирургического лечения. Выбор хирургической тактики зависит от локализации и размеров гематомы, а также от состояния пациента. Возможна

стереотаксическая аспирация гематомы или ее открытое удаление путем трепанации черепа.

Профилактика

«Профилактика инсульта включает в себя множество действий. Основными мерами профилактики являются правильный рацион питания, регулярная физическая активность и воздержание от употребления табачных изделий. Очень важно осуществлять проверку и наблюдение за факторами риска для сердечно-сосудистых заболеваний, таких как, высокое кровяное давление, высокий уровень холестерина и диабет» [2, с.15].

Развитие инсульта провоцируют многие факторы, перечисление которых указано в первой части данной работы. Для предупреждения болезни важно направить профилактическую работу на предотвращение влияния губительных действий факторов риска. Профилактические меры должны носить, как общий характер (ознакомительная функция), так и конкретно-направленный с учетом анамнеза жизни пациента. Предупредить развитие инсульта можно только путем массового информирования пациентов о преморбидных состояниях и возможности их устранения или снижения их отрицательного влияния на организм человека. Оформление информационных стендов в лечебных учреждениях, раздача печатной продукции (брошюры, листовки, лифлеты и т.д), проведение бесед, выездных лекций в учебных заведениях и на предприятиях города, являются одной из важных мер по общему ознакомлению населения о болезни.

«Так, например, при подаче информации о вреде курения необходимо указать, что данная вредная привычка негативно влияет на снабжение мозга кислородом, ухудшает показатели крови, а токсичные вещества, содержащиеся в табачном дыме, вызывают спазм сосудов. А алкоголь, в свою очередь, повышает артериальное давление и тем самым увеличивает риск возникновения инсульта. Совмещение пагубных привычек наносит разрушительный вред организму. Необходимо воздержаться от употребления табачных изделий во всех его видах. Также важно не оказываться в обществе курящих людей,

поскольку пассивное курение не менее опасно. Риск развития инсульта начинает снижаться сразу же после прекращения употребления табачных изделий, а через год может снизиться на 50 %» [2, с.21].

При выявлении у пациентов лишнего веса (дополнительная нагрузка на сердце), следует установить причину его происхождения (сопутствующие заболевания, малоподвижный образ жизни, неправильное питание). Исходя из полученных данных, медсестра дает пациентам рекомендации по правильному питанию и рациональной физической нагрузке. Сбалансированное питание играет большую роль в поддержании здоровья сердечно-сосудистой системы. Диета должна включать достаточное количество овощей и фруктов (не менее 400 грамм в день), цельнозерновые продукты, нежирное мясо, рыбу, а также бобовые культуры. Важно ограничивать употребление жирных, жареных, солёных и копченых блюд. Калорийность суточного рациона зависит от активности, однако в среднем она составляет от 2 до 2,5 тысяч килокалорий. Есть надо часто (4-5 раз в день), небольшими порциями. Алкоголь лучше навсегда исключить из своего питания, либо же сократить его количество до минимума.

Малоподвижный образ жизни приводит к ослаблению организма. Это говорит о том, что ему труднее справиться со стрессом. Физическая активность, наоборот, улучшает кровообращение и разрушает гормоны стресса. Регулярная физическая нагрузка занимает не менее важную позицию в поддержании сердечно-сосудистой системы. Она должна составлять не менее получаса в день. Важно подобрать комфортные упражнения, чтобы не навредить своему здоровью. Предпочтение лучше отдавать ходьбе (не менее 10 тысяч шагов в день) и аэробным нагрузкам, которые повышают работоспособность сердечной мышцы.

«Необходимо воздерживаться от эмоциональных перегрузок. Ярость, депрессия, грусть, стресс, отсутствие полноценного отдыха – «провокаторы» инсульта. Здоровый образ жизни, хорошее настроение, положительные эмоции

и достаточное время сна (7-8 часов в сутки) благоприятно влияют на психическое и физическое состояние любого человека.

Итак, для того, чтобы понизить риск инсульта, необходимо:

- следовать принципам рационального питания;
- 1-2 раза в год проходить обследование;
- 3 раза в неделю в течение 30-40 минут заниматься спортом;
- придерживаться рекомендаций своего лечащего врача.

Также одной из важнейших частей профилактики инсульта является предоставление лечения и консультирование людей, подвергающихся высокому риску (тех, у кого риск развития сердечно-сосудистых заболеваний на протяжении 10 лет равен или превышает 30%), и снижение риска развития у них сердечно-сосудистых заболеваний» [2, с.24]. Работник медучреждения может оценить возможность развития у пациента сердечно-сосудистых патологий. Для этого он будет использовать таблицы оценки риска. После этого работник снабдит надлежащими рекомендациями в отношении управления факторами риска.

Высокое значение в профилактике инсульта занимает наблюдение за состоянием организма. Необходимо систематически отслеживать показатели кровяного давления, уровень липидов, а также сахара в крови. Повышение всех этих показателей значительно повышает риск развития нарушений мозгового кровообращения. Своевременное выявление отклонений от нормы поможет вовремя скорректировать режим питания и приём лекарственных препаратов

1.3. Особенности сестринского ухода при инсульте

Правильная и своевременно оказанная помощь при инсульте является главным критерием сохранения здоровья и жизни пациента. «К основным сестринским вмешательствам при лечении больных с данной патологией относятся: контроль уровня сатурации в крови и поддержание оптимального

уровня оксигенации, постоянный мониторинг и контроль сердечно сосудистой деятельности» [7, с.18]. Ухаживая за пациентом, перенесшим инсульт, медицинская сестра первым делом ведет динамическое наблюдение за его состоянием (производить подсчет ЧДД, ЧСС, измерять температуру, контролировать сознание пациента, а также диурез) и строго выполняет указания лечащего врача. Отслеживая дыхание пациента, при возникновении нарушений, медсестра обеспечивает проходимость дыхательных путей, а также проводит регулярную санацию ротоглотки или трахеостомы, пассивную дыхательную гимнастику, контролирует и изменяет положение пациента в постели.

Важную роль в выздоровлении пациента играет организация правильного питания. Общая калорийность в сутки составляет от двух до трех тысяч килокалорий. Необходимо, чтобы пища была в гомогенном виде, с повышенным содержанием белка и витаминов. Рацион составляется с учетом диетических рекомендаций по заболеванию.

При сохраненном глотательном рефлексе и будучи в сознании пациент принимает пищу сначала в кровати, приняв положение Фаулера, а по мере расширения двигательного режима – сидя за столом. Но даже при небольших нарушениях функции глотания необходимо отказаться от введения в рацион пищи, которой можно легко подавиться. Целесообразно медсестрам использовать специальные приспособления, облегчающие процесс принятия пищи. Если же пациент находится без сознания или у него отсутствует глотательный рефлекс, то кормление проводят через назогастральный зонд. Немедленно прекратить кормление и обратиться к врачу, если наблюдается:

- «– поперхивание и кашель при приеме пищи;
- остатки пищи за щекой;
- невозможность проглотить пищу;
- невозможность удержать пищу во рту;
- вытекание жидкостей и слюны изо рта;
- попадание пищи в носовую полость» [5, с.11].

В обязанности медсестры входит помощь пациентам в соблюдении личной гигиены. Не менее чем два раза в день должно производиться умывание и подмывание пациента. Руки необходимо мыть чаще. Также нужно помогать полоскать рот, чистить зубы, а тяжелобольным – протирать зубы и дёсны марлей, смоченной в растворе борной кислоты. Марлевым тампоном с антисептиком протираются глаза для удаления выделений, склеивающих ресницы. «При уходе за обездвиженным пациентом важно проговаривать вслух, какой именно участок тела обрабатывается в данный момент. Важная задача ухаживающего – поддерживать чувство собственного достоинства пациента, чему способствует уважительное обращение, обеспечение уединения при гигиенических процедурах, поддержка опрятного внешнего вида пациента» [5, с.23].

Необходимо контролировать температуру тела пациента, фиксируя данные в температурном листе. Важно следить за температурой воздуха (18-20 °С) в палате, проводить проветривания каждые два часа. Использование теплых одеял и перин на постели не допускается. Если происходит расстройство терморегуляции пациента, важно поставить в известность врача.

У пациентов с инсультом часто происходят нарушения психики, при которых нарушается память, внимание, эмоциональная устойчивость. Такие осложнения могут значительно снижать мотивацию пациента к лечению, что, в свою очередь, негативно влияет на реабилитационный процесс. В случае возникновения психоэмоциональных расстройств медицинская сестра должна:

- объяснить родственникам причину возникновения нарушений;
- посоветовавшись с лечащим врачом, ограничить посещение и общение с пациентом при выраженной эмоциональной нестабильности и повышенной усталости;
- объяснять пациенту все инструкции и отвечать на вопросы, даже если приходится повторять несколько раз;
- не торопить пациента;
- напоминать пациенту о времени, месте его нахождения, значимых для

него лицах, если произошло нарушение познавательных функций;

– усиливать мотивирование пациента к выздоровлению.

Пролежни являются наиболее часто возникающей проблемой у пациентов с нарушением мозгового кровообращения. В результате неправильного ухода повреждаются мягкие ткани, вследствие чего возникают болевые ощущения и инфекции, которые являются наиболее частым осложнением при пролежнях. Для того, чтобы данная проблема не настигла пациента, важно переворачивать его в постели каждые 2 часа, внимательно следить за состоянием кожных покровов, менять постельное белье ежедневно и по мере загрязнения, а также протирать кожу проблемных точек (крестец, копчик, лопатки, область позвоночника, локти, пяточные области, затылок (желательно с этой области убрать волосы), лодыжки, коленные суставы) камфорным спиртом.

«Особой необходимостью является контроль за функциями тазовых органов, ведь при поражениях головного и спинного мозга часто наблюдаются задержки мочи и кала, которые ведут к дополнительной интоксикации организма. Если имеется задержка мочеиспускания, то пациенту проводится катетеризация мочевого пузыря стерильным катетером. Мочевой пузырь после удаления мочи необходимо промывать раствором антисептика.

При задержке дефекации необходимо пересмотреть рацион пациента. Следует добавить в него продукты растительного происхождения, а также масла, которые помогут улучшить проходимость кишечника. Если изменение рациона не возымело эффекта, то следует применить слабительные средства и очистительные клизмы.

Часто наблюдается обратная реакция организма после перенесенного инсульта – недержание мочи и кала. При уходе за такими пациентами необходимо использовать памперсы, а мужчинам – наружные мочеприемники. При смене памперсов или пеленок во избежание появления пролежней медсестре следует производить гигиеническую обработку кожных покровов пациента тёплой водой с мылом» [5, с.50].

«В организации работы медицинской сестры с пациентами, перенесшими

инсульт, важен системный подход, который позволит пациенту получить полноценный уход, повысить качество его жизни, а медицинской сестре осуществить полноценный сестринский мониторинг, предотвратить возможные осложнения и помочь ему решить возникающие у него проблемы»[12, с.9]. Своевременная, полноценная и грамотная организация сестринского ухода влияет на повышение качества и способствует эффективности реабилитационного процесса в условиях стационара.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ ПРИ ИНСУЛЬТЕ

2.1. Данные собственного исследования

Исследование проводилось на базе неврологического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода» методом анкетирования. В исследовании принимали участие 45 пациентов, перенесших инсульт. Были получены следующие данные:

Распределение респондентов по половой принадлежности: Из всех исследуемых пациентов (60%) – мужчины, а (40%) – женщины (Рис. 1.).

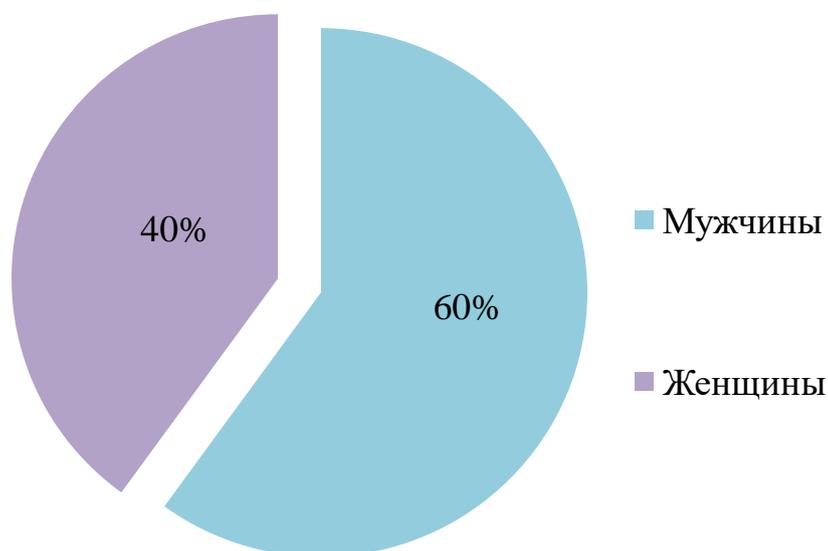


Рис. 1. Распределение по половой принадлежности

Возрастные промежутки: до 45 лет – (11%), 45 – 54 года – (27%), 55 – 65 лет – (29%) и (33%) опрошенных – старше 65 лет (Рис. 2).

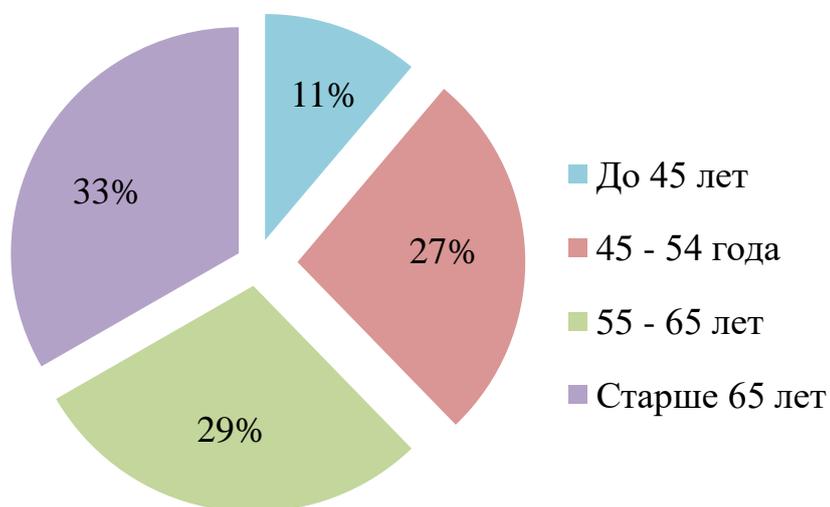


Рис. 2. Возрастные промежутки

Трудовая занятость: работают (11%) респондентов, не работают – (16%), (29%) пациентов – на пенсии и (44%) – на инвалидности (Рис. 3.).

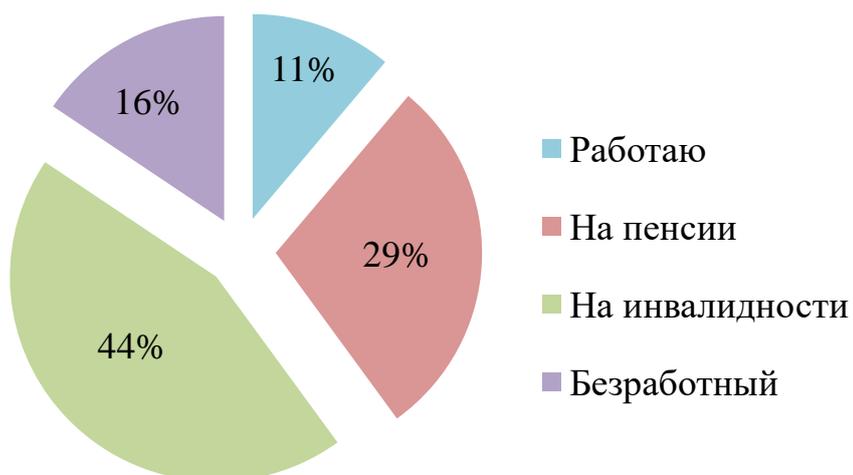


Рис. 3. Трудовая занятость

Образование: среднее профессиональное образование имеют (49%) пациентов, (51%) – высшее образование (Рис. 4.).

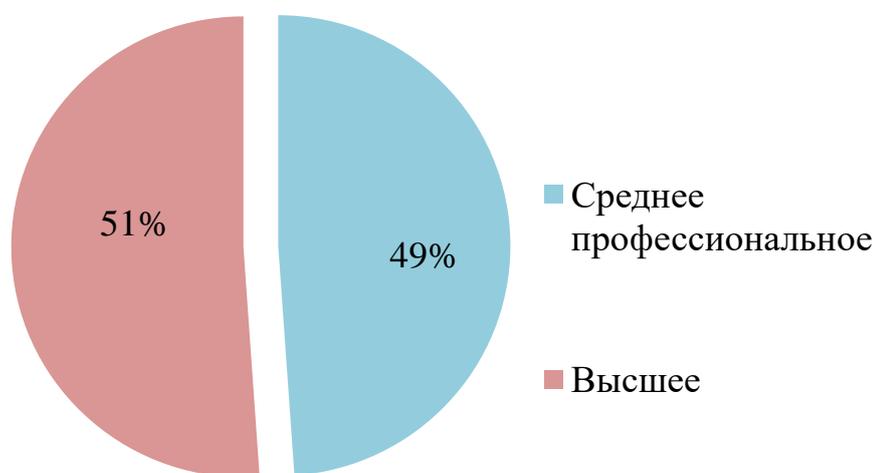


Рис. 4. Образование

Место жительства: в квартире в городе проживают (58%) респондентов, в своем доме в городе – (7%), в квартире за городом – (4%) и в доме за городом – (31%) пациентов (Рис. 5.).

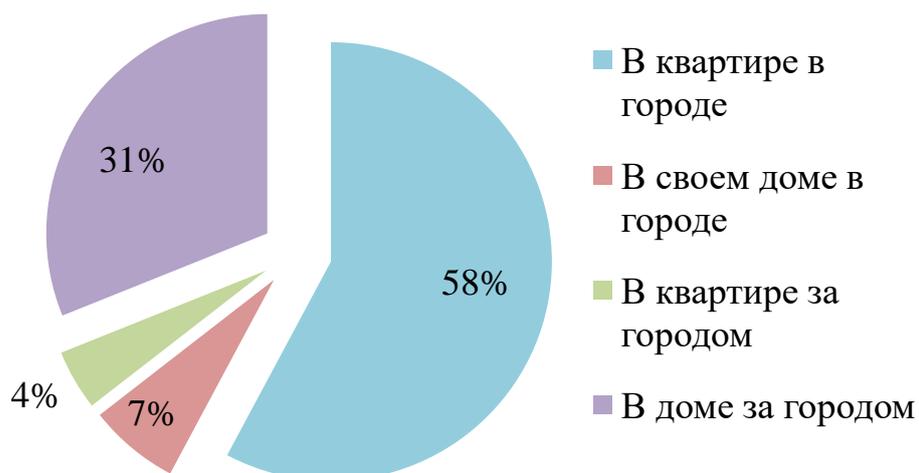


Рис. 5. Место жительства

Пользование лифтом: пользуется (71%) опрошенных, (29%) – не пользуются (Рис. 6.).

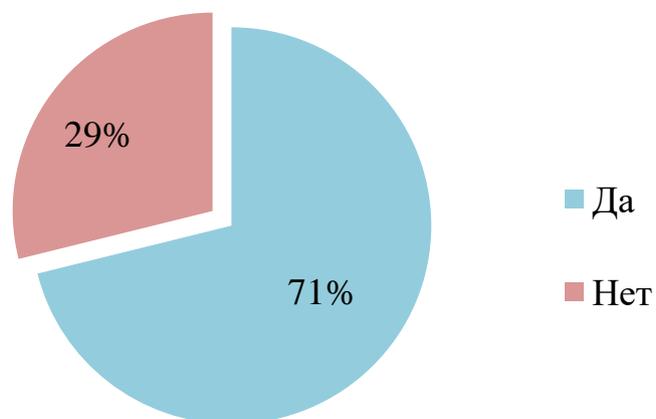


Рис. 6. Пользование лифтом

Знание о своем заболевании: (7%) пациентов не знают, с каким заболеванием они находились на стационарном лечении, остальные (93%) знали о своем диагнозе (Рис. 7.).

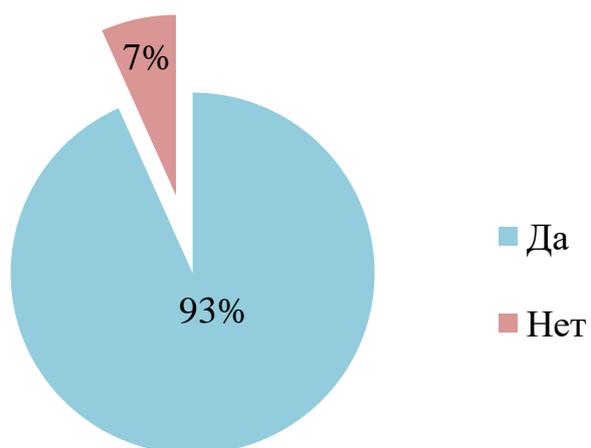


Рис. 7. Знание о своем заболевании

Информированность об инсульте: знают о том, что такое инсульт – (93%) респондентов, (7%) – не знают (Рис. 8.).

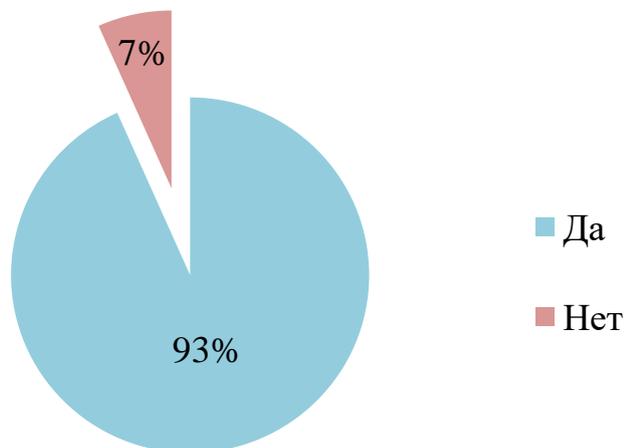


Рис. 8. Информированность об инсульте

Источники информации о заболевании: медицинская сестра – (60%), знакомые – (20%), СМИ – (20%) (Рис. 9.).

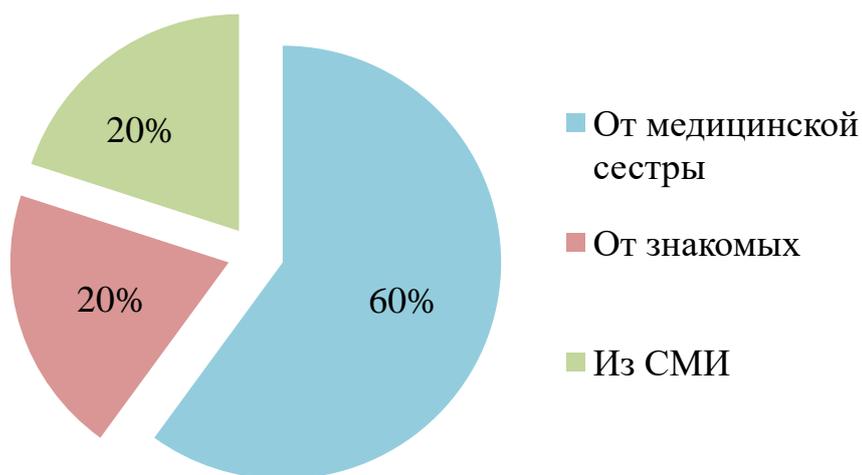


Рис. 9. Источники информации о заболевании

Жалобы, предъявляемые пациентами: (80%) опрошенных выражают жалобы на головную боль, (71%) – на ухудшение памяти, (55%) отмечают нарушение сна, у (48%) респондентов нарушилась речь, (50%) связались с ограничением подвижности ноги или руки, а (12%) – с полным ее отсутствием (Рис. 10.).



Рис. 10. Жалобы, предъявляемые пациентами

Сердечно сосудистые заболевания у родственников: да, имелись – (89%), нет, не имелись – (11%) (Рис. 11.).

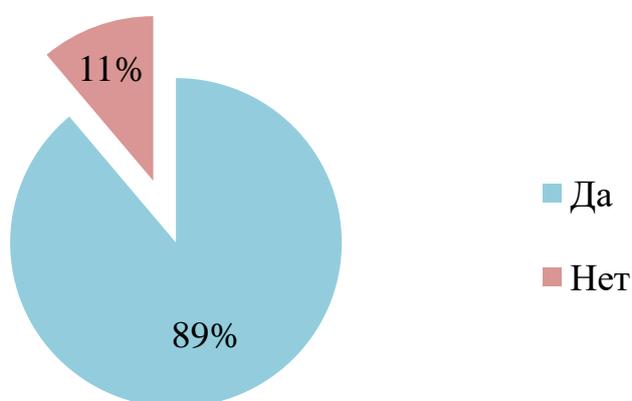


Рис. 11. Сердечно сосудистые заболевания у родственников

Наличие гипертонической болезни до инсульта у опрошенных: да – (84%), нет – (16%) (Рис. 12.).

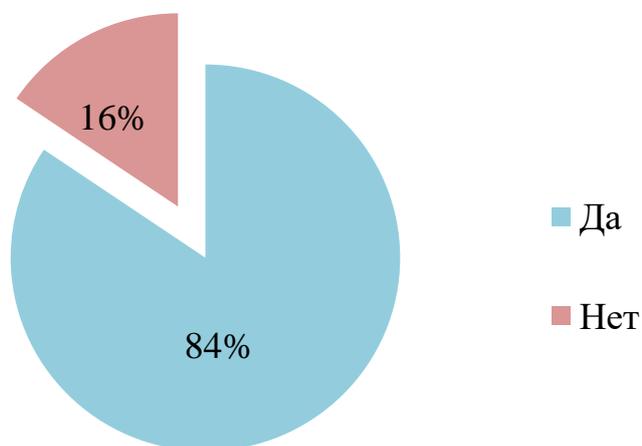


Рис. 12. Наличие гипертонической болезни

Измерение артериального давления: несколько раз в день – (16%), один раз в день – (64%), только при ухудшении самочувствия – (20%) (Рис. 13.).

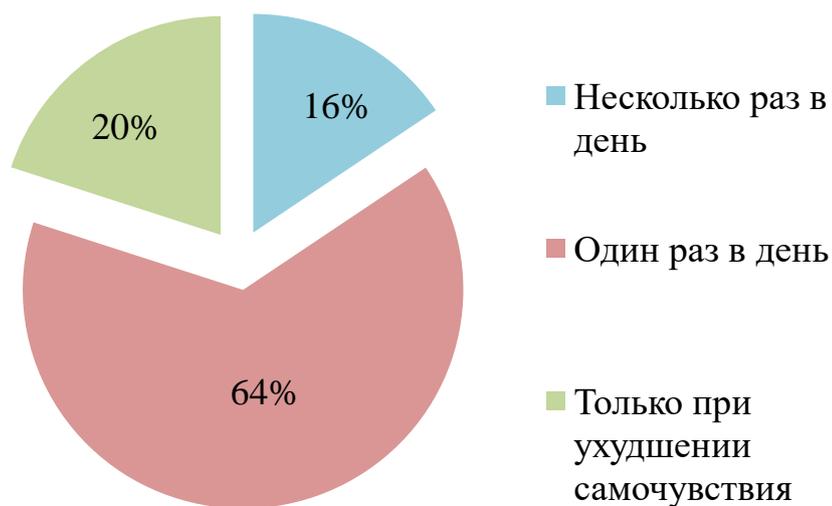


Рис. 13. Измерение артериального давления

Ведение дневника наблюдения за артериальным давлением: да, веду – (40%), нет, не веду – (60%) (Рис. 14.).

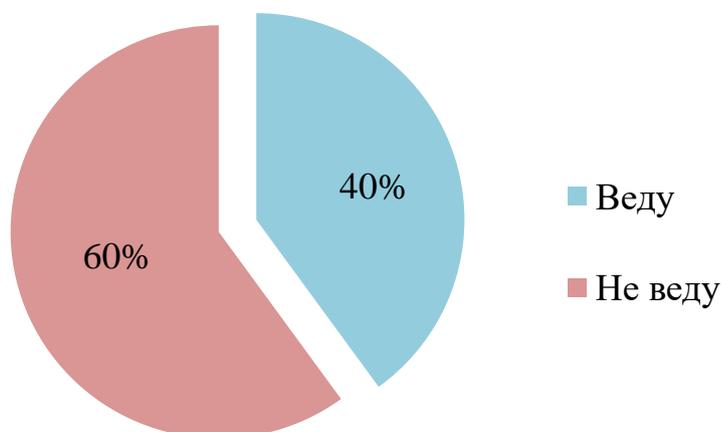


Рис. 14. Ведение дневника наблюдения за артериальным давлением

Наличие сахарного диабета у пациентов: да, имею – (9%), нет, не имею – (91%) (Рис. 15.).

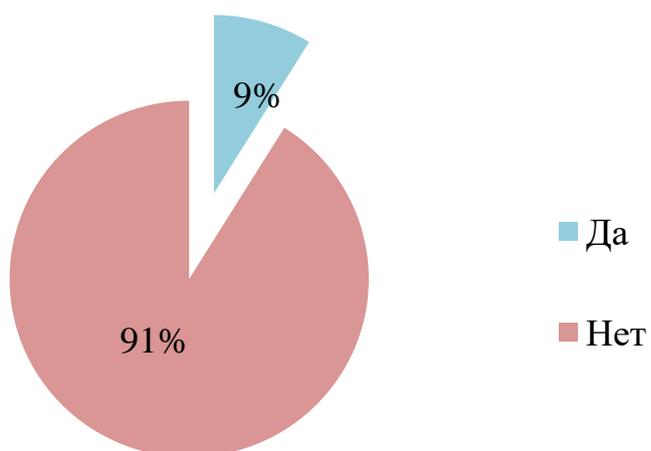


Рис. 15. Наличие сахарного диабета

Связь работы с физическими нагрузками: да – (58%), нет – (42%) (Рис. 16.).

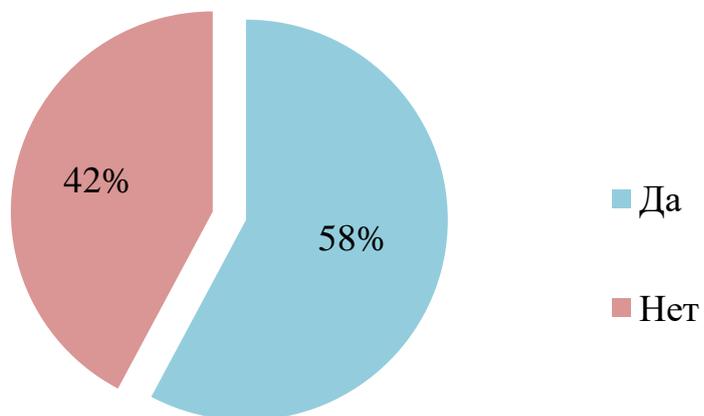


Рис. 16. Связь работы с физическими нагрузками

Наличие стрессовых ситуаций до инсульта на работе или дома: да, есть – (87%), нет, не имею – (13%) (Рис. 17.).

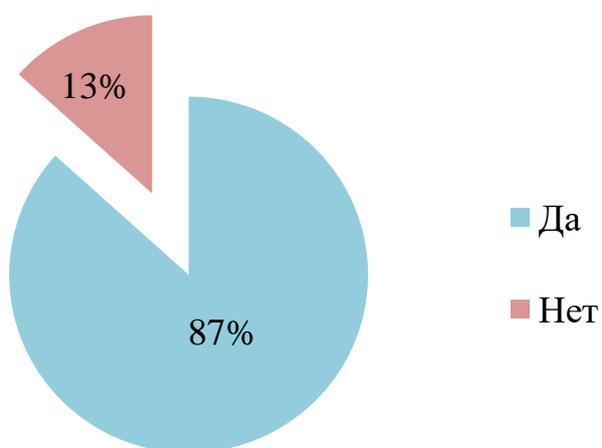


Рис. 17. Наличие стрессовых ситуаций

Связь работы с длительным нахождением за компьютером: да – (42%),
нет – (58%) (Рис. 18.).

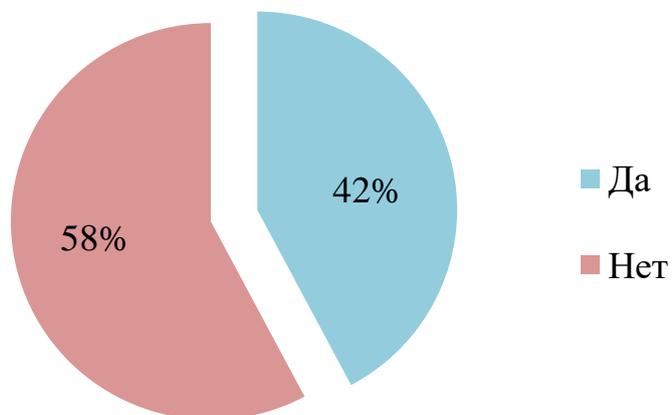


Рис. 18. Длительное нахождение за компьютером

Знание об уровне холестерина в крови до заболевания: да, знаю –
(80%), нет, не знаю – (20%) (Рис. 19.).

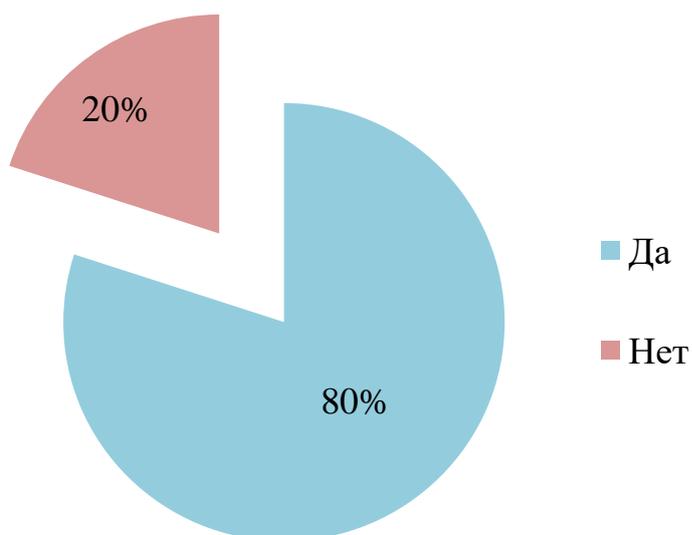


Рис. 19. Знание об уровне холестерина в крови

Уровень холестерина до инсульта: повышенный у (69%) опрошенных, в норме – у (31%) (Рис. 20.).

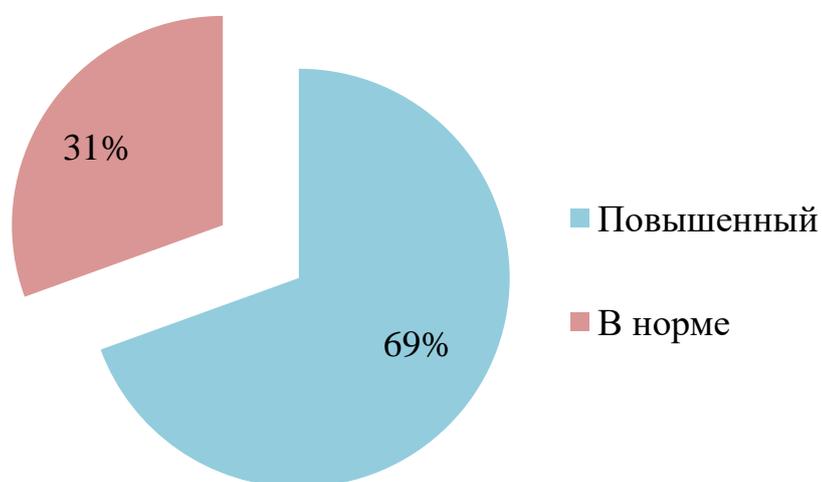


Рис. 20. Уровень холестерина до инсульта

Несоблюдение гипохолестериновой диеты в преморбидном состоянии: да, соблюдал – (38%), нет, не соблюдал – (62%) (Рис. 21.).

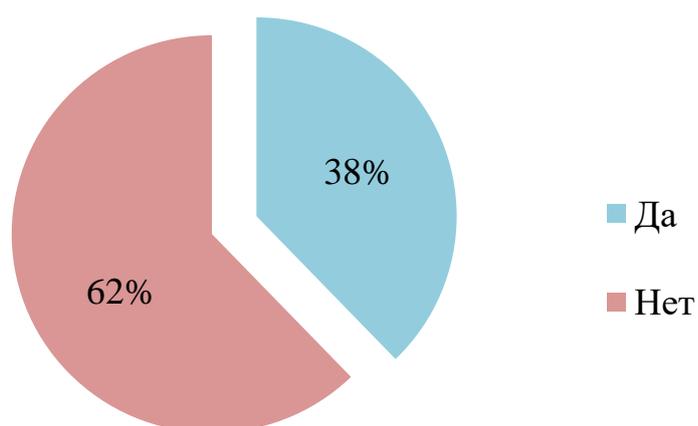


Рис. 21. Несоблюдение диеты

Наблюдение за собственным весом до инсульта: (64%) пациентов не следили за показателем своего веса, (36%) – следили (Рис. 22.).

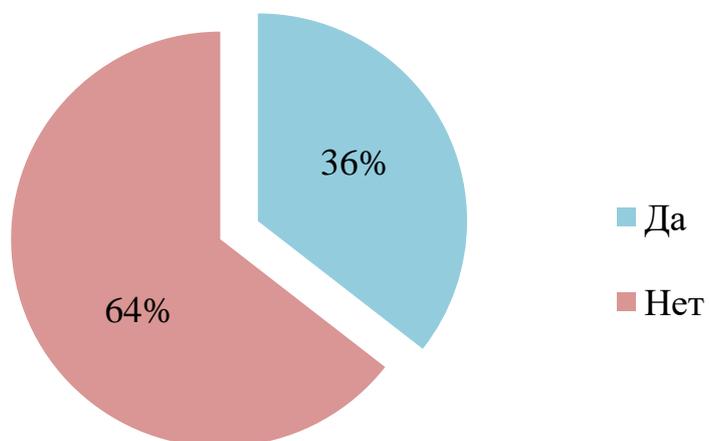


Рис. 22. Наблюдение за собственным весом

Соблюдение режима сна: (11%) пациентов спали менее 4-х часов, (25%) – от 4 до 6 часов, (44%) опрошенных – 6 – 8 часов, более 8 часов – (20%) (Рис. 23.).

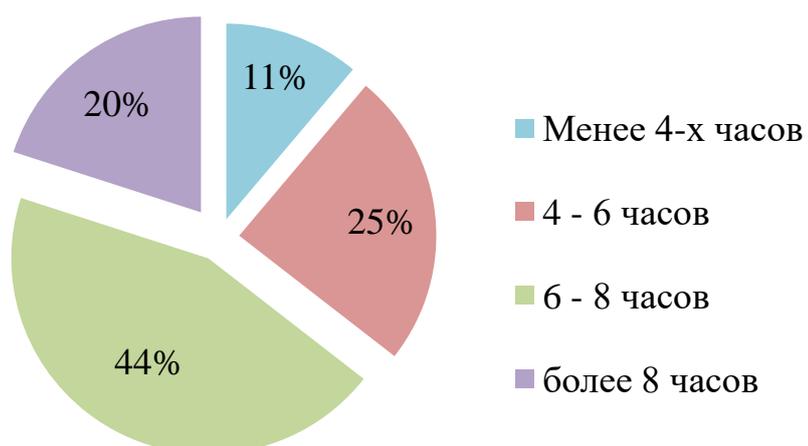


Рис. 23. Режим сна

Регулярное наблюдение у врача: да, наблюдаюсь – (67%), нет, не наблюдаюсь – (33%) (Рис. 24.).

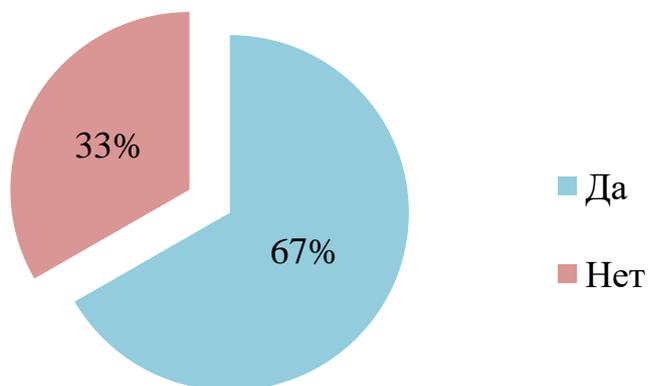


Рис. 24. Наблюдение у врача

Выполнение рекомендаций врача: да, выполняю – (76%), нет, не выполняю – (24%) (Рис. 25.).

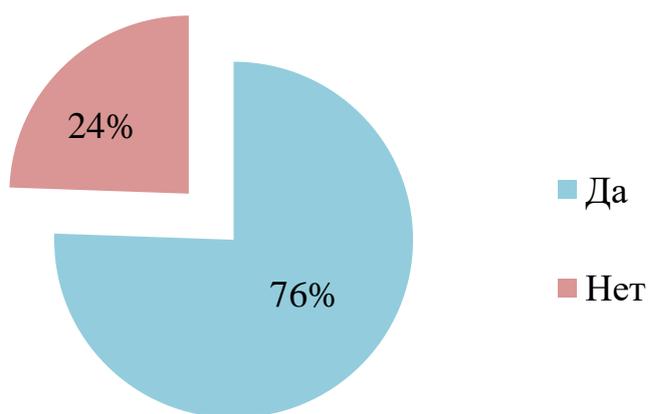


Рис. 25. Выполнение рекомендаций врача

Употребление алкоголя: часто употребляли (16%) пациентов, (62%) – редко, (22%) опрошенных не пили алкоголь до инсульта (Рис. 26.).

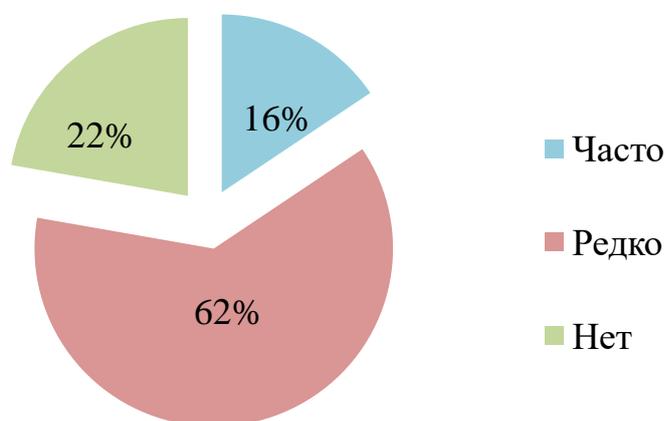


Рис. 26. Употребление алкоголя

Курение: да, курил часто – (33%), да, курил редко – (27%), бросил – (27%), не курил – (13%) (Рис. 27.).

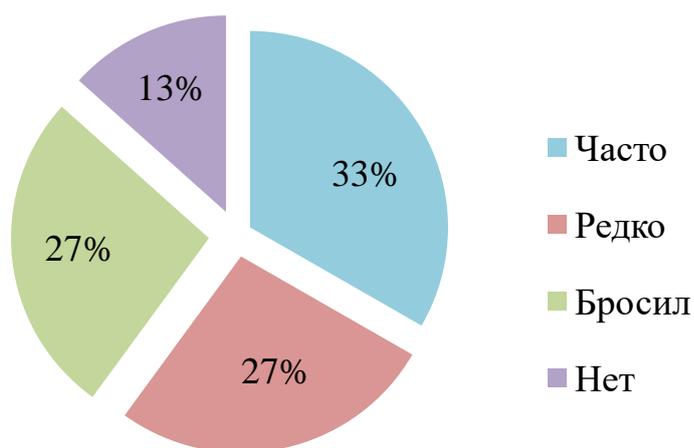


Рис. 27. Курение

Наличие избыточной массы тела: да, имел – (56%), нет, не имел – (44%)
(Рис. 28.).

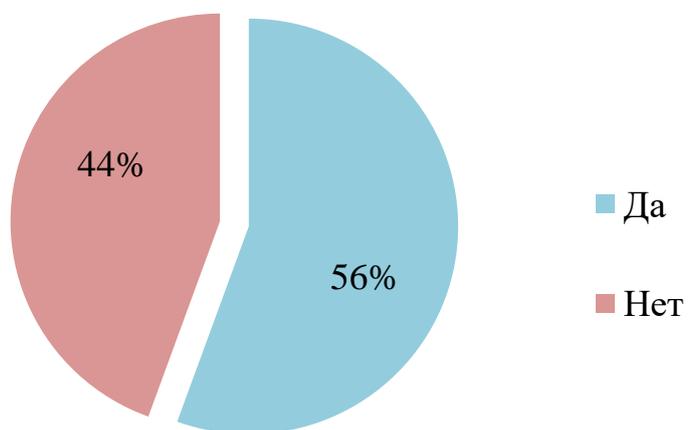


Рис. 28. Наличие избыточной массы тела

Выполнение зарядки: да, выполняю – (56%), нет, не делаю – (44%)
(Рис. 29.).

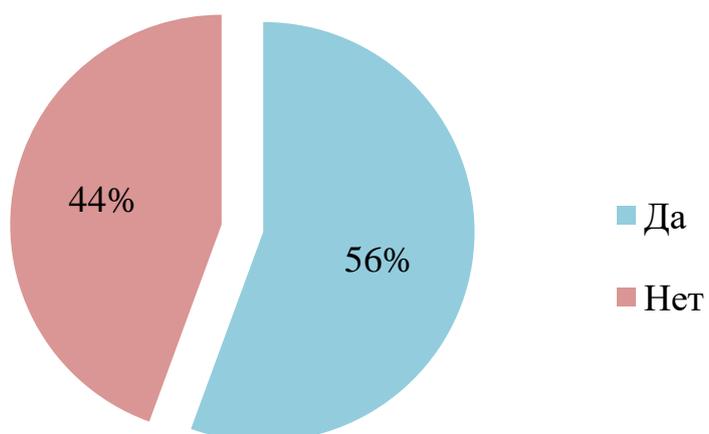


Рис. 29. Выполнение зарядки

Предпочтительный тип отдыха: активный отдых перед тем, как перенесли инсульт, предпочитали (42%) опрошенный, (58%) пациентов предпочитали пассивный отдых (Рис. 30.).

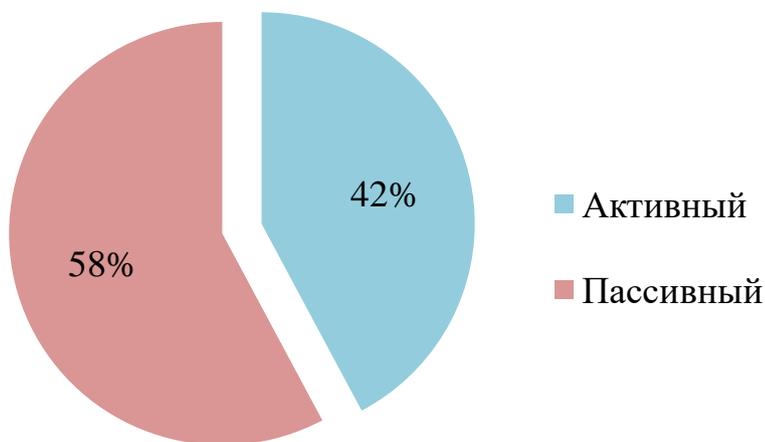


Рис. 30. Предпочтительный тип отдыха

Причины возникновения инсульта, по мнению пациентов,,: (40%) считают, что повлияло повышенное давление, (30%) – стресс, (20%) – вредные привычки, (10%) – плохое питание и (15%) – наследственность (Рис. 31.).

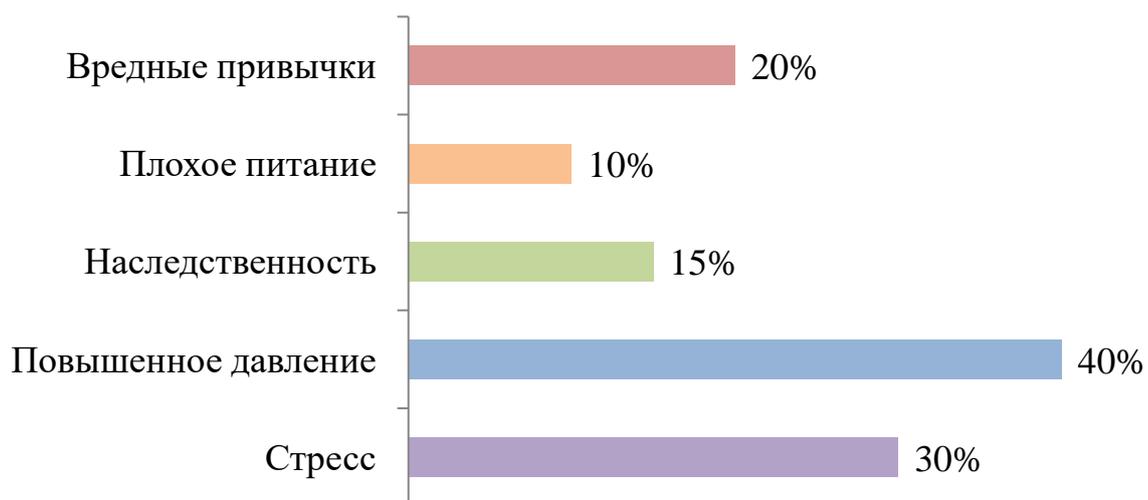


Рис. 31. Причины возникновения инсульта

Малоподвижный образ жизни - фактор риска развития инсульта: да, считаю – (62%), нет, не считаю – (38%) (Рис. 32.).

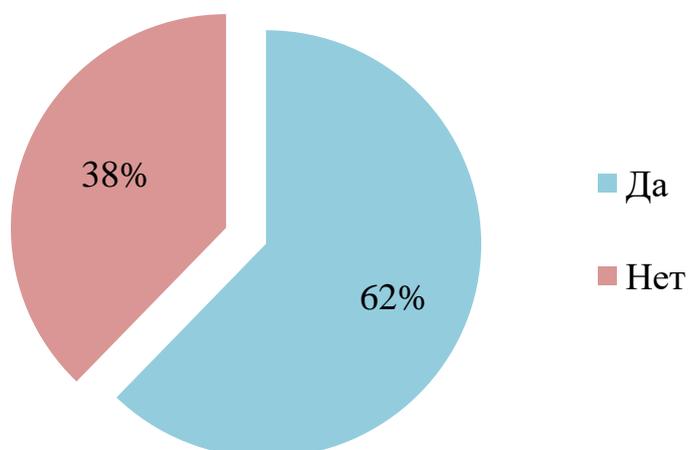


Рис. 32. Малоподвижный образ жизни - фактор риска развития инсульта

Знания о первой помощи при инсульте: да, знаю – (67%), нет, не знаю – (33%) (Рис. 33.).

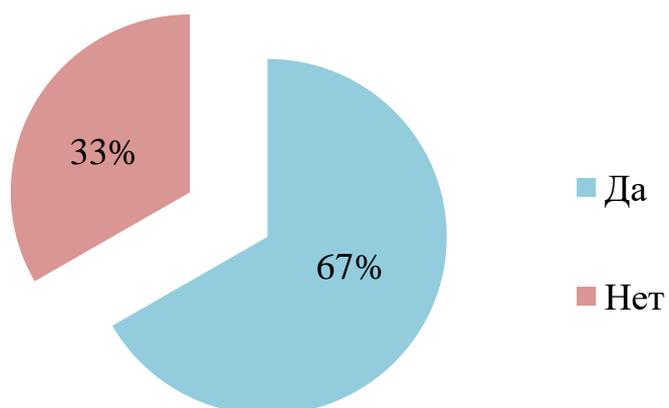


Рис. 33. Первая помощь при инсульте

Возможность самообслуживания: (24%) пациентов могут сами за собой ухаживать, (29%) опрошенных – не могут, (47%) – могут частично (Рис. 34.).

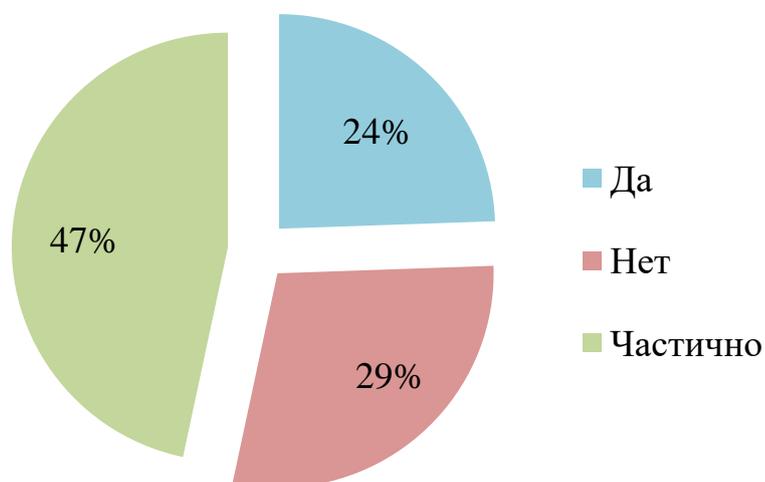


Рис. 34. Возможность самообслуживания

Обращение за помощью к медицинской сестре: (96%) пациентов обращались к медицинской сестре за помощью, (4%) – не обращались (Рис. 35.).

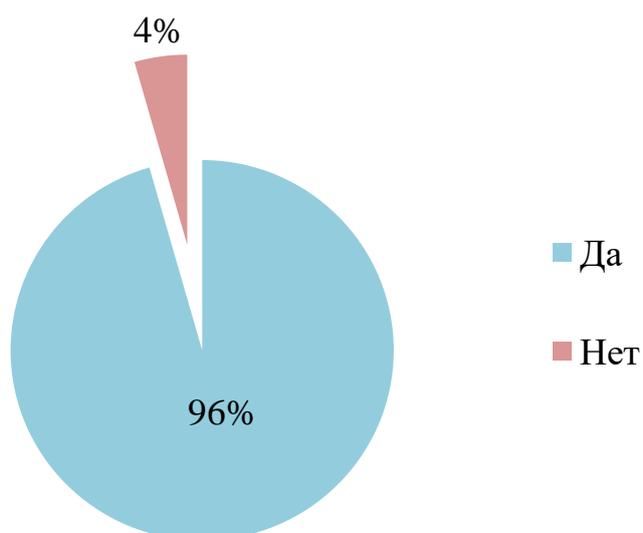


Рис. 35. Обращение за помощью к медицинской сестре

Получение медицинской помощи от медицинской сестры в полном объеме: да, помощь оказали в полном объеме – (98%), нет, думаю, что помощь была оказана не в полном объеме – (2%) (Рис. 36.).

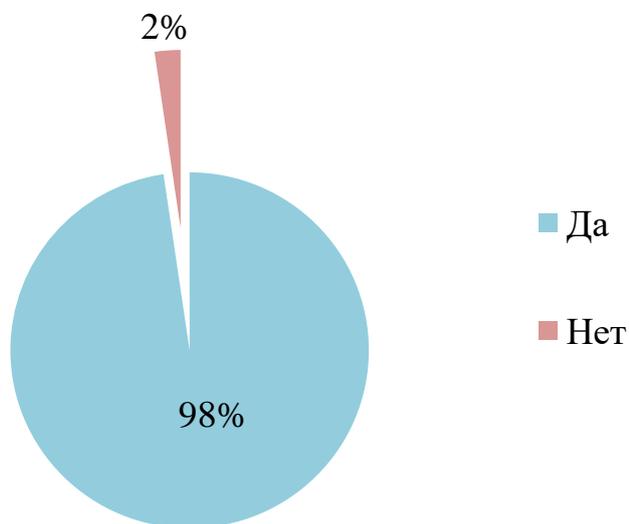


Рис. 36. Получение медицинской помощи в полном объеме

Желание создания «Школы здоровья»: (91%) респондентов высказались за создание «Школы здоровья», (9%) – против (Рис. 37.).

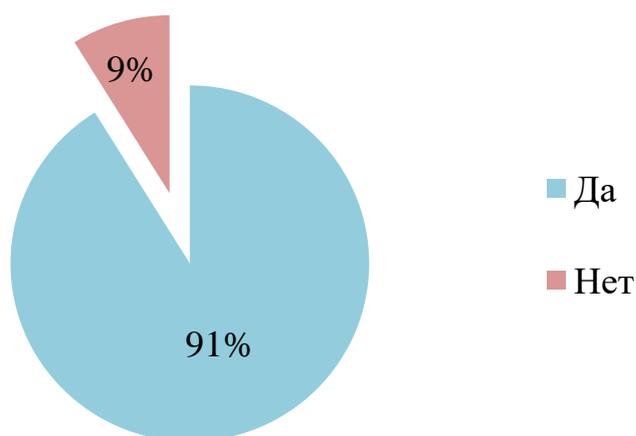


Рис. 37. Желание создания «Школы здоровья»

На вопрос «Посещали бы Вы «Школу здоровья»» (84%) опрошенных ответили утвердительно, (16%) – отрицательно (Рис. 38.).

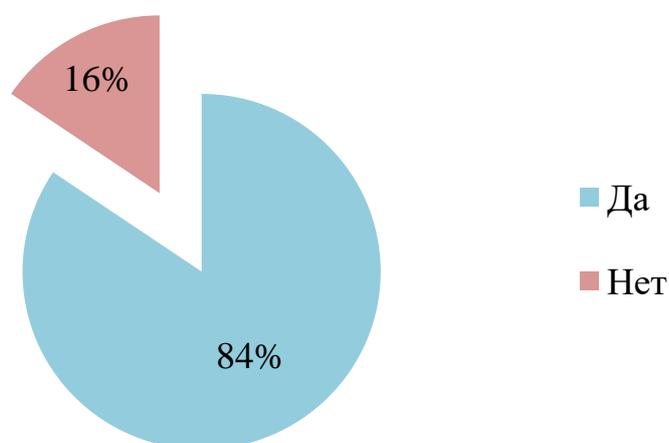


Рис. 38. Посещение «Школы здоровья»

Выводы:

Инсультом чаще страдают лица мужского пола (60%) разной возрастной категории, у родственников которых имелись сердечно-сосудистые патологии (89%), проживающие в основном в городе (58%), у которых имеется гипертоническая болезнь, а также повышенный уровень холестерина в крови (69%), не соблюдающие диеты (62%), имеющие лишний вес (64%), предпочитающие пассивный отдых (58%), работа связана как с физическими нагрузками (58%), так и с долгим нахождением перед компьютером (42%), часто испытывающие стрессы (87%), спящие недостаточное количество времени (менее 8 часов), избегающие, в основном, вредных привычек (82%).

Информированы о заболевании были преимущественно от медицинских работников (60%), после заболевания регулярно посещали врача, выполняли все его предписания, большая часть остались с возможностью частичного самообслуживания (47%).

Обратившись за помощью к медицинской сестре (96%), лишь 2% оказались недовольны, остальные утверждали, что получили её в полном объеме. Многие респонденты высказались за создание «Школы здоровья» (91%) и посещали бы ее (84%).

2.2. Рекомендации по профилактике инсульта

Рекомендации пациентам по профилактике инсульта:

1. Придерживаться сбалансированного питания.
2. Отказаться от употребления алкоголя и курения.
3. Внести в свою жизнь больше активного отдыха.
4. Сон должен составлять не менее 8 часов.
5. Регулярно проходить обследование организма.
6. Воздерживаться от эмоциональных перегрузок.
7. Придерживаться рекомендаций своего лечащего врача.

Рекомендации средним медицинским работникам:

1. Внести в профилактическую работу творческий подход, для лучшего запоминания пациентами информации.
2. Способствовать созданию «Школы здоровья» в лечебных учреждениях.
3. Принимать участие в работе «Школы здоровья».
4. Соблюдать этику и деонтологию.
5. Повышать свою квалификацию и стремиться овладеть новыми знаниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время сосудистые заболевания головного мозга занимают в мире первое место по утрате трудоспособности после перенесения заболевания, что приводит к значительному ухудшению качества жизни пациента. Таким образом, важным является не только лечение самого заболевания, но и грамотное его предупреждение. Пациенты должны быть осведомлены обо всех факторах риска, симптомах заболевания, а также верном оказании первой помощи при выявлении инсульта. Значительная роль в этом отводится именно медицинской сестре.

В результате проведенного исследования были решены все поставленные задачи:

1. Охарактеризовано нарушение мозгового кровообращения – инсульт, раскрыты основные симптомы заболевания и возможные осложнения.
2. Оценена роль профилактической деятельности медицинской сестры при инсульте.
3. Проведено анкетирование пациентов, перенесших инсульт.
4. Сделаны выводы по проведенному исследованию и даны рекомендации пациентам и средним медицинским работникам по профилактике инсульта.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бортникова С.М., Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии [Текст] : учебник / С.М. Бортникова, Т.В. Зубахина. – Ростов н/Д.: Феникс, 2015. – 475с.
2. Григоренко А.П., Уход за больными после инсульта [Текст] : учебник / А.П. Григоренко. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2015. – 240 с.
3. Гусев Е.И., Ишемия головного мозга [Текст] : учебник / Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. – М.: Медицина, 2017. – 328 с.
4. Давыдова А.А., Уход за пациентами после инсульта. Часть I. Проблемы пациентов, перенесших инсульт / А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова, Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов. – М.: ООО «Адвансед солюшнз», 2017. – 40 с.
5. Дамулин. И.В., Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге [Текст] : учебник / под ред. И.В. Дамулина. – М.: Медицина, 2015. – 303 с.
6. Дмитриева М.К., Сестринский уход за больными при острых нарушениях мозгового кровообращения [Электронный ресурс] : журнал / М.К. Дмитриева, Т.Н. Павленко, Л.В. Попова, Г.Б. Кацова, Н.П. Малеева. / Системная интеграция в здравоохранении, 2017. – №5 (35) – Режим доступа: <https://sys-int.ru/sites/default/files/sys-int-35-16-20.pdf>
7. Канарейкин К. Ф., Алкоголь и курение как факторы риска мозгового инсульта [Текст] : журнал / К.Ф. Канарейкин, В.Т. Бахур, Л.С. Манвелов. / Клиническая медицина, 2017. – № 1., с. 17-23.
8. Кашина О.Г., Современный подход к сестринскому ведению больных с инсультом [Текст] : учебник / О.Г. Кашина. – СПб.: Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, 2015. – 213 с.

9. Лихачёв С. А., Базисная терапия ишемического инсульта у больных с артериальной гипертензией [Электронный ресурс] : журнал / С.А. Лихачёв, И.А. Гончар, Г.К. Недзведь / Мед. новости, 2016. – № 7. – Режим доступа URL: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=611>
10. Смолева. Э.В., Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи [Текст] : учебник / Э.В. Смолева, Е.Л. Аподиакос. – Ростов н/Д.: Феникс, 2016. – 473 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Уважаемые пациенты, вашему вниманию предоставляется анкета, которая поможет выявить факторы риска развития инсульта, а также поможет предоставить рекомендации для улучшения вашего самочувствия.

1. Ваш возраст? до 45 лет; 45-54 года; 55-65 лет; старше 65 лет.
2. Ваш пол? мужской; женский.
3. Ваш социальный статус: работаете; безработный; пенсионер; на инвалидности.
4. Ваше образование: среднее профессиональное; высшее
5. Вы проживаете: в квартире в городе; в квартире за городом; в своем доме в городе; в своем доме за городом.
6. Вы пользуетесь лифтом? да; нет.
7. Вы знаете, с каким заболеванием Вы находитесь на лечении в стационаре? да; нет.
8. Знаете ли Вы, что такое инсульт? да; нет.
9. Откуда Вы получили информацию о том, что такое инсульт? от медицинской сестры; от родственников; из СМИ.
10. Какие ваши главные жалобы после перенесенного инсульта?

11. Как Вы думаете, что стало причиной инсульта? _____
12. У ваших родственников были заболевания сердечно-сосудистой системы? да; нет.
13. Вы страдаете гипертонической болезнью? да; нет.
14. Как часто Вы измеряете себе давление? несколько раз в день; один раз в день; только при ухудшении самочувствия.
15. Вы ведёте дневник наблюдения за артериальным давлением? веду; не веду.
16. Вы болеете сахарным диабетом? да; нет.

17. Ваша работа связана/была связана с физической нагрузкой? да; нет.
18. Вы испытываете стрессы на работе или дома? да; нет.
19. У Вас работа связана/была связана с длительным нахождением перед компьютером? да; нет.
20. Вы знаете об уровне холестерина в крови? да; нет.
21. Какой уровень холестерина был до инсульта? повышенный; в норме.
22. Вы соблюдаете гипохолестериновую диету? да; нет.
23. Вы следите за весом? да; нет.
24. Сколько вы спите ночью? менее 4-х часов; 4 – 6 часов; 6 – 8 часов; более 8 часов.
25. Вы регулярно наблюдаетесь у врача? да; нет.
26. Вы постоянно выполняете все его рекомендации? да; нет.
27. Вы употребляете алкоголь? часто; редко; нет.
28. Вы курите? часто; редко; бросил; нет.
29. Вы имеете избыточную массу тела? да; нет.
30. Делаете ли Вы зарядку? да; нет.
29. Вы предпочитаете активный отдых? да; нет
31. Как Вы считаете, можно ли малоподвижный образ жизни отнести к одному из возможных факторов риска развития инсульта? да; нет.
32. Знаете ли Вы, какие действия нужно принимать при возникновении инсульта у себя или других людей? да; нет.
33. Вы можете полностью себя обслуживать? да; нет; частично.
34. Вы обращаетесь к медицинской сестре за помощью? да; нет.
35. Ее оказывают Вам в полном объеме? да; нет.
36. Посещали бы Вы «Школу здоровья»? да; нет.
37. Хотели бы Вы, чтобы была создана «Школа здоровья»? да; нет.

Спасибо за то, что приняли участие в анкетировании!