

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

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В
РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

Дипломная работа студентки

**очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051580
Лозенко Надежды Васильевны**

Научный руководитель
преподаватель Кумаргей И.Ф.

Рецензент
главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Городская
больница № 2 г. Белгорода»
Ковалева Н.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА.....	5
1.1 Этиология, патогенез и классификация сахарного диабета	5
1.2 Клиническая картина, диагностика, лечение и осложнения.....	15
1.3 Особенности сестринского ухода.....	23
ГЛАВА 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ.....	22
2.1 Собственное исследование.....	22
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	42
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	41

ВВЕДЕНИЕ

Сахарный диабет – эндокринное заболевание, возникающее в результате абсолютной или относительной недостаточности содержания инсулина, вырабатываемого поджелудочной железой. Это одно из самых распространенных заболеваний желез внутренней секреции. Им страдает почти каждый 20 житель земли. Кроме того, значительное число людей имеют скрытый диабет или являются предрасположенными к нему. Сахарным диабетом болеют люди в любом возрасте, как мужчины, так и женщины. К концу XX века в мире насчитывалось 120 млн. больных сахарным диабетом. По прогнозам ВОЗ, эта цифра в XXI веке увеличится до 160 млн.

Среди заболеваний эндокринной системы сахарный диабет в среднем занимает 60-70%. Заболеваемость сахарным диабетом постоянно растет. Еще несколько лет назад количество людей в мире с таким диагнозом не превышало 30 миллионов. За время жизни всего лишь одного поколения заболеваемость сахарным диабетом возросла катастрофически. При этом заболеваемость диабетом неуклонно молодеет, поражая с каждым годом все больше людей трудоспособного возраста. Это тяжелое хроническое заболевание, которое требует медицинской помощи на протяжении всей жизни больного и остается одной из главных причин преждевременной смертности.

По данным медицинского информационно-аналитического центра города Белгорода абсолютное число заболевших сахарным диабетом по России составило в 2017 году 4238552, по Белгородской области – 54316. В городе Белгороде – 12543, а среди районов на первом месте Старооскольский – 9372.

Сахарный диабет известен человечеству с давних времен. Дошедшие до нас первые документальные сведения о нем относятся к 1550 г. До н. э. Свое название – «диабет» заболевание получило еще в Древнем Риме. Ибн Сина (Авиценна) – выдающийся ученый энциклопедист (900 – 1037), а в последующем и многие другие подтвердили упоминавшийся еще в древних

индийских, египетских, китайских и других письменах признак болезни – сладкий вкус мочи.

Современные представления о причинах и механизме развития связаны с именами таких выдающихся ученых, как И. Меринг, О. Минковский, П. Лангерганс, Л. Соболев, Г.Ф. Бахтинг, Ч. Бест. Благодаря их исследованиям, было установлено, что основной причиной развития сахарного диабета является абсолютная или относительная недостаточность инсулина – гормона, продуцируемого В – клетками поджелудочной железы. Внедрение инсулина (1921-1922гг.) в практику лечения диабета несомненно принадлежит к числу наиболее крупных достижений медицинской науки.

Благодаря инсулину и другим средствам в лечении сахарного диабета достигнуты определенные успехи. В настоящее время при своевременно начатом и регулярно проводимом лечении и соблюдении специального режима средняя продолжительность жизни больных диабетом почти не отличается от этого показателя у других лиц. Многие больные диабетом более 30-50 лет с момента заболевания живут полноценной жизнью, сохраняя высокую профессиональную работоспособность.

В последнее время, большое значение с целью улучшения лечебного эффекта, уделяется комплексной реабилитации больных сахарным диабетом, помимо медикаментозного лечения уделяется внимание физической, психологической, профессиональной, социально - экономической, реабилитации, что и вызвало наш интерес к определению темы для данной дипломной работы.

Цель исследования: определение роли медицинской сестры в реабилитации больных с сахарным диабетом.

Задачи исследования:

1. Провести анализ литературных источников по проблеме исследования.
2. Провести анкетирование пациентов эндокринологического отделения ОБГУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода», на основании которого выявить методы реабилитации больных с сахарным диабетом.

3. Проанализировать полученные результаты.
4. Дать рекомендации по повышению качества сестринского ухода.

Методы исследования:

1. Научно – теоретический анализ литературных источников по теме дипломной работы.
2. Организационный (сравнительный) метод.
3. Социологический (анкетирование, интервьюирование).
4. Статистический – статистическая обработка информационного материала.

Объект исследования: пациенты с сахарным диабетом эндокринологического отделения ОБГУЗ «Городска больница №2 г. Белгорода».

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при сахарном диабете.

Практическая значимость работы: был проведен комплексный анализ профессиональной деятельности медицинской сестры при уходе за пациентами с сахарным диабетом на базе эндокринологического отделения ОБГУЗ «Городска больница №2 г. Белгорода».

База исследования эндокринологического отделения ОБГУЗ «Городска больница №2 г. Белгорода».

Время исследования: 2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

1.1 Этиология, патогенез и классификация сахарного диабета

Сахарный диабет-заболевание, которое, связанное с абсолютной или относительной недостаточностью инсулина, приводящей к нарушениям обмена веществ [5, с. 11].

Комитет экспертов ВОЗ по сахарному диабету связывает рост заболеваемости с возросшим потреблением пищи, уменьшением физической нагрузки, ожирением. Жители городов болеют чаще, чем жители в сельской местности.

В патогенезе данного заболевания выделяют два основных момента:

- 1) недостаточную выработку инсулина эндокринными клетками поджелудочной железы,
- 2) нарушение взаимодействия клеток тканей организма с инсулином (инсулинорезистентность)

В первом случае нарушения характерны для 1 типа диабета (инсулинозависимый диабет). Начальным моментом в развитии данного типа диабета является значительное разрушение эндокринных клеток поджелудочной железы и, как результат, критичное снижение уровня инсулина в крови. Многочисленная гибель эндокринных клеток поджелудочной железы может быть в случае, стрессовых состояний, различных аутоиммунных заболеваний, вирусных инфекций. Такой тип сахарного диабета характерен для детей и лиц в возрасте до 40 лет.

В отличии от диабета 1 типа, диабет 2 типа (инсулинонезависимый диабет) инсулин вырабатывается в достаточных количествах или даже в повышенных, однако механизм взаимодействия клеток организма с инсулином нарушается.

Главной причиной инсулинорезистентности является:

- изменения структуры или снижения количества специфических рецепторов для инсулина (например, при ожирении — рецепторы становятся неспособными вести взаимодействие с гормоном из-за изменения их количества или структуры);

- генетические дефекты (то есть изменения структуры самого инсулина);

- нарушения внутриклеточных механизмов передачи сигнала от рецепторов к органеллам клетки.

Независимо от механизмов развития общей чертой всех типов диабета является стойкое увеличение уровня глюкозы в крови и нарушение метаболизма тканей организма, неспособных более захватывать глюкозу.

К понижению образования и усилению распада белков и жиров, в результате чего происходит накопление кетоновых тел в организме (в частности, ацетоуксусная кислота, ацетон) приводит неспособность тканей использовать глюкозу. Кетоновые тела представляют собой промежуточные продукты обмена белков, углеводов и жиров.

Кетоновые тела, скапливаясь в тканях и крови больного сахарным диабетом, создают состояние ацидоза (изменение кислотно-щелочного баланса организма в кислую сторону). Такое состояние может привести к диабетической коме - такая ситуация может развиваться либо от избытка сахара в крови (гипергликемическая кома) или же от недостаточного количества сахара в крови (гипогликемическая кома).

Существует два источника увеличения сахара в крови: углеводы, поступающие с пищей, и глюкоза, поступающая в кровь из печени. Печень является складом сахара в организме. Поэтому нельзя добиться понижения сахара в крови только ограничением употребления углеводов.

Для людей без сахарного диабета уровень сахара в крови натощак составляет 3,3 – 5,5 ммоль/л или 60 – 100 мг %. После приема пищи уровень сахара в крови у человека без сахарного диабета повышается до 7,8 ммоль/л.

Если в крови нет достаточного количества инсулина – уровень сахара в после еды не снижается и выходит за пределы нормы. Чем больше углеводов поступает с пищей, тем сильнее повышается уровень сахара.

Каким же образом можно понизить сахар крови? Единственным веществом, которое может снизить уровень сахара в крови является инсулин. Инсулин – это гормон белковой природы, который вырабатывается в поджелудочной железе особыми клетками. У человека без сахарного диабета в кровь, по принципу обратной связи, регулярно поступает необходимое количество инсулина. То есть при увеличении уровня сахара в крови поджелудочная железа усиливает выработку инсулина, а при снижении – уменьшает.

Выделяют различные причины развития сахарного диабета. В большинстве случаев этиология диабета остается или невыясненной, или предположительной.

Наследственную предрасположенность следует поставить на первое место. Если один из родителей болен, то вероятность наследовать диабет 1 типа равняется 10 %, а диабет 2 типа — 80 %. Если в семье, кто-то болел или болеет сахарным диабетом (отец, мать, сестра, брат и т.д.), то в этом случае риск заболеть диабетом возрастает. С таким утверждением согласны практически все специалисты. Из разных источников известны и другие цифры, которые определяют вероятность заболевания. По статистике диабет 1 типа с вероятностью 10% по линии отца и 3-7% по линии матери передается по наследству. Риск заболевания возрастает в несколько раз, если болеют оба родителя, что составляет до 70%. В случае диабета 2 типа, риск заболевания возрастает до 80% как по отцовской линии, так и по материнской. Если инсулинонезависимым диабетом болеют оба родителя, вероятность заболевания у ребенка приближается к 100%.

Второй причиной развития сахарного диабета является - ожирение, если человек, осознавая всю меру опасности, будет усиленно бороться с лишним

весом и победит в этой борьбе, то этот фактор, к счастью, может быть нейтрализован.

Третьей причиной являются некоторые болезни, в следствии которых, происходит разрушение бета-клеток. К ним относятся болезни поджелудочной железы — рак поджелудочной железы, панкреатит, заболевания других желез внутренней секреции. Травма в этом случае может быть провоцирующим фактором.

Четвертая причина — это различные вирусные инфекции (эпидемический гепатит, ветряная оспа, краснуха и иные заболевания, включая грипп). Эти инфекции запускают болезнь, тем самым, выполняя роль спускового механизма. Ясно, что для большинства людей началом диабета грипп не станет. Но грипп представляет угрозу для человека с отягощённой наследственностью и страдающим ожирением. Вероятность развития диабета значительно меньше у человека, в роду которого нет диабетика, даже если многократно перенести грипп и другие инфекционные заболевания, нежели чем у лица с наследственной предрасположенностью. Так что увеличение опасности заболевания в несколько раз происходит в следствии сочетания факторов риска.

Пятой причиной следует назвать нервный стресс как предрасполагающий фактор. Лицам с отягченной наследственностью и имеющим избыточный вес, особенно следует избегать эмоционального и нервного перенапряжения.

Возраст стоит на шестом месте. Есть основание опасаться сахарного диабета, людям более старшего возраста. Бытует такое мнение, что с увеличением возраста на каждые десять лет риск заболевания диабетом увеличивается в два раза. Лица, постоянно проживающие в домах престарелых, составляют значительную часть людей, страдающих различными формами диабета.

Факторами риска для сахарного диабета 2-го типа являются: ожирение, вредные привычки, пожилой возраст, хроническое переедание, малоподвижный образ жизни, артериальная гипертония. В целом этот тип сахарного диабета наиболее чаще поражает лиц старше 40 лет.

Несомненно, диабет – не самое элементарное заболевание, к тому же некоторое разновидности диабета неизлечимы. Больному после установки диагноза придется многое изменить в своём образе жизни. В первую очередь ему нужно проконсультироваться с диетологом и лечащим врачом-эндокринологом. Пациенту необходимо придерживаться рекомендаций, полученных от медицинских работников, где большая роль принадлежит медицинской сестре.

В соответствии с исследованиями последних лет комитет экспертов ВОЗ по сахарному диабету (1985) рекомендовал классификацию сахарного диабета, которая применяется во всех странах мира.

Классификация сахарного диабета (ВОЗ, 1985)

A. Клинические классы

I. Сахарный диабет

1. Инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗД)

2. Инсулиннезависимый сахарный диабет (ИНЗД)

а) у лиц с нормальной массой тела

б) у лиц с ожирением

3. Сахарный диабет, связанный с недостаточностью питания

4. Другие типы сахарного диабета, связанные с определенными

состояниями и синдромами:

а) заболевания поджелудочной железы;

б) эндокринные заболевания;

в) состояния, вызванные приемом лекарственных препаратов или

воздействием химических веществ;

г) аномалии инсулинов или его рецептора;

д) определенные генетические синдромы;

е) смешанные состояния.

II. Нарушенная толерантность к глюкозе

а) у лиц с нормальной массой тела

б) у лиц с ожирением

в) связанная с определенными состояниями и синдромами (см. п. 4)

III. Сахарный диабет беременных

Б. Классы статистического риска (лица с нормальной толерантностью к глюкозе, но со значительно повышенным риском развития сахарного диабета)

а) предшествовавшие нарушения толерантности к глюкозе

б) потенциальные нарушения толерантности к глюкозе.

1.2. Клиническая картина, диагностика, осложнения и лечение

Основными проявлениями сахарного диабета являются гипергликемия, глюкозурия, полиурия, полидипсия и нередко повышение аппетита. Отмечается сухость во рту, похудание, зуд кожи. У большинства больных понижена сопротивляемость к инфекциям. Нередко развивается фурункулез и другие гнойничковые заболевания кожи.

Характерной чертой явного диабета служит гипергликемия – повышение глюкозы в крови натощак – выше 1,1 г/л.

Глюкозурия появляется при повышении почечного порога гликемии (1,8-2,0 г/л). У большинства больных диабетом концентрация сахара в моче может достигать 10%, в большинстве случаев величина глюкозурии соответствует уровню гипергликемии.

Гипергликемия появляется повышением концентрации в крови НЭЖК (даже при нормальной гликемии), а также в увеличении общих липидов, холестерина, фосфолипидов, триглицеридов.

Гиперкетония, отражающая глубокое нарушение липидного обмена в условиях недостатка инсулина, может достигать 300-400 мг/л, а при диабетической коме – 2 г/л.

Полиурия при диабете может достигать 3-10 литров в сутки, вследствие глюкозурии, гиперазотурии, выделения кетоновых тел и натрия.

Полидипсия вызвана обезвоживанием организма из-за полиурии, сухостью слизистых оболочек рта и глотки, повышением осмолярности крови вследствие увеличения содержания глюкозы, мочевины, хлорида натрия.

Изменение массы тела при тяжелом диабете обусловлено потерей жидкости, белков, жиров и углеводов.

Особенно опасны поражения сосудов, которые выступают в качестве основной причиной смертности и инвалидности при диабете. Выделяют два вида поражения сосудов: специфические для диабета микроангиопатии и неспецифические для диабета микроангиопатии атероматозной природы. Во многих случаях они являются не осложнением, а одним из основных проявлений болезни и могут быть обнаружены даже ранее расстройств углеводного обмена.

Органическое поражение сетчатки и стекловидного тела ведут к ослаблению и потере зрения. Ретинопатия характеризуется микроаневризмами и связанными с ними кровоизлияниями, экссудатами, рубцовым стягиванием и отслоением сетчатки, пролиферацией сосудов в стекловидном теле, геморрагической глаукомой.

Поражение сосудов нижних конечностей при диабете сопровождается атрофичностью кожи, ослаблением пульсации тыльных артерий стопы, перемежающей хромотой, болями и парестезиями, а в выраженной степени – гангреной пальцев или всей стопы.

Поражение почек наблюдается примерно у 20-30% больных диабетом, частота их увеличивается с возрастом.

Диабетические нейропатии включают как поражения ЦНС, к которым относятся острые нервно-психические нарушения, неврозоподобные состояния, энцефалопатии, миелопатии, так и периферические расстройства: поражение черепных, спинномозговых нервов, вегетативные нейропатии с нарушением иннервации органов сердечнососудистой, пищеварительной и мочеполовой систем, полиневрит конечностей.

При диабете нередко можно отметить нарушение секреции желудочного сока, предрасположение к калькулезу и воспалительным заболеваниям желчевыводящих путей, нарушение внешнесекреторной функции поджелудочной железы.

По характеру течения отмечают несколько вариантов диабета. Латентный диабет характеризуется отсутствием клинических проявлений и биохимических признаков болезни, в том числе и при пробе толерантности к углеводам.

Легкой форме диабета присущи незначительные проявления клинических симптомов болезни, отсутствие кетоацидоза, начальные явления микроангиопатии. Нарушения обмена углеводов могут быть устранены соблюдением диеты, правильным режимом труда и отдыха, снижением массы тела до нормального уровня, устранением сопутствующих заболеваний. Трудоспособность сохранена в полном объеме.

Диабет средней тяжести характеризуется более выраженными клиническими и лабораторными проявлениями, не устраняемыми диетой и требующими введения инсулина в дозе до 60ЕД или сахароснижающих пероральных препаратов. Кетоацидоз отсутствует или наблюдается лишь под влиянием стрессовых факторов. Концентрация глюкозы в крови не превышает 2,5 г/л. Микроангиопатии наблюдаются, но не вызывают нарушения функции пораженного органа. Больные трудоспособны, но периодически при ухудшении состояния трудоспособность резко снижается.

Тяжелая форма диабета протекает с резкой выраженностью клинических и лабораторных признаков, их нестабильностью и склонностью к кетоацидозу с развитием прекомы и комы. Диабетические микроангиопатии приводят к нарушению функций органов: ретинопатия в пролиферирующей стадии – к нарушению зрения, гломерулосклероз почек и др., Концентрация глюкозы в крови превышает 2,5-3 г/л. Больные нуждаются в лечении инсулином в дозах выше 60ЕД. Трудоспособность больных существенно нарушена, многие из них приводятся на инвалидность [23, с.347].

В клинической картине диабета принято различать две группы симптомов: основные и второстепенные.

К основным симптомам относятся:

Полиурия - усиленное выделение мочи, вызванное повышением осмотического давления, мочи за счёт растворённой в ней глюкозы (в норме глюкоза в моче отсутствует). Проявляется учащённым обильным мочеиспусканием, в том числе и в ночное время;

Полидипсия (постоянная неутолимая жажда) - обусловлена значительными потерями воды с мочой и повышением осмотического давления крови;

Полифагия - постоянный неутолимый голод. Этот симптом вызван нарушением обмена веществ при диабете, а именно неспособностью клеток поглощать и перерабатывать глюкозу в отсутствие инсулина (голод среди изобилия);

Похудение (особенно характерно для диабета первого типа) - частый симптом диабета, который развивается несмотря на повышенный аппетит больных. Похудение (и даже истощение) обусловлено повышенным катаболизмом белков и жиров из-за выключения глюкозы из энергетического обмена клеток;

Второстепенные (специфичные) симптомы для сахарного диабета I или II типа:

Специфическими жалобами для сахарного диабета I типа являются значительное снижение массы тела, слабость, которая может быть ярко выраженной, снижение работоспособности, отмечается больными повышенная сонливость. В ряде случаев начало заболевания характеризуется повышением аппетита. По мере прогрессирования заболевания отмечается снижение аппетита вплоть до анорексии на фоне кетоацидоза. Состояние кетоацидоза характеризуется появлением запаха ацетона изо рта, отмечается тошнота, рвота, характерно появление болей в животе, происходит обезвоживание организма, что обычно заканчивается развитием коматозного состояния, т.е.

кетоацидотической комы. Возникновение таких симптомов при сахарном диабете I типа происходит в результате абсолютного дефицита инсулина в организме больного.

Сахарный диабет II типа протекает более мягко. Симптомы гипергликемии обычно выражены умеренно, а в некоторых случаях они вовсе отсутствуют. Обычно диагноз сахарного диабета является случайной находкой при рутинном обследовании населения. Работоспособность при сахарном диабете II типа остается неизменной, аппетит не нарушен, а даже может быть повышенным. В большинстве случаев развития сахарного диабета II типа пациенты имеют избыток массы тела. Данная форма сахарного диабета характеризуется наличием наследственной предрасположенности и проявляется в типичных случаях после 40 лет. Для сахарного диабета II типа более характерным осложнением является гиперосмолярная кома, которая развивается крайне редко.

Все осложнения сахарного диабета делятся на острые и поздние.

Острые осложнения представляют собой состояния, которые развиваются в течение дней или даже часов, при наличии сахарного диабета: диабетический кетоацидоз, гипогликемия, гиперосмолярная кома.

Поздние осложнения сахарного диабета представляют собой группу осложнений, на развитие которых требуются месяцы, а в большинстве случаев годы течения заболевания: диабетическая ретинопатия, диабетическая микро и макроангиопатии, полинейропатия, нефропатия, энцефалопатия и диабетическая стопа.

Для диагностики СД уровень гликемии должен определяться стандартными лабораторными методами. При интерпретации показателей гликемии следует иметь в виду, что натощак уровень глюкозы в цельной венозной крови соответствует ее уровню в цельной капиллярной. После приема пищи или ОГТТ ее уровень в венозной крови примерно на 1,1 ммоль/л ниже, чем в капиллярной. Содержание глюкозы в плазме примерно на 0,84 ммоль/л выше, чем в цельной крови. С целью оценки компенсации и адекватности

терапии СД уровень гликемии оценивается в капиллярной крови при помощи портативных глюкометров самими пациентами, их родственниками или медицинским персоналом.

Основной целью лечения любого типа СД является предотвращение его поздних осложнений, которое может быть достигнуто на фоне его стабильной компенсации по ряду параметров (табл. 7.3). Основным критерием качества компенсации углеводного обмена при СД является уровень гликированного (гликозилированного) гемоглобина (HbA1c). Последний представляет собой гемоглобин, нековалентно связанный с глюкозой. В эритроциты глюкоза поступает независимо от инсулина, и гликозилирование гемоглобина является необратимым процессом, а его степень прямо пропорциональна концентрации глюкозы, с которой он контактировал на протяжении 120 дней своего существования. Небольшая часть гемоглобина гликозилируется и в норме; при СД она может быть значительно повышена. Уровень HbA1c, в отличие от уровня глюкозы, который постоянно меняется, интегрально отражает гликемию на протяжении последних 3-4 месяцев. Именно с таким интервалом и рекомендуется определение уровня HbA1c с целью оценки компенсации СД.

В настоящее время прогноз при всех типах сахарного диабета условно благоприятный, при адекватно проводимом лечении и соблюдении режима питания сохраняется трудоспособность. Прогрессирование осложнений значительно замедляется или полностью прекращается. Однако следует отметить, что в большинстве случаев в результате лечения причина заболевания не устраняется, и терапия носит лишь симптоматический характер.

Современная медицина достигла определенных успехов в терапии данной проблемы и продолжает искать возможности избавиться от нее навсегда. На данный момент говорить про исцеление от недуга пока еще рано.

Тем не менее, соблюдая принципы лечения сахарного диабета, удастся обеспечить удовлетворительное качество жизни пациентов и стабилизировать течение болезни в большинстве случаев. Главное – индивидуальный подбор медикаментов, диеты и комплекса дозированных физических упражнений.

Влияние на пациента должно быть максимально многогранным с привлечением всех возможных способов оздоровления.

В зависимости от типа заболевания, терапия в некоторых моментах кардинально отличается.

Основные принципы лечения диабета 1 типа включают следующие шаги:

1. Инсулинотерапия. Введение синтетического аналога биологически активного вещества остается единственным верным решением для пациента. Никакие другие методики не могут пока компенсировать отсутствие гормона, кроме его заместительных инъекций.

2. Индивидуально подобранная диета. В основном больной должен отказаться от легко усваиваемых углеводов и жирной пищи. Стоит отметить тот факт, что рацион человека при 1-ом варианте болезни более гибок, поскольку пациент сам может увеличивать или уменьшать дозу инсулина, в зависимости от того, что он съест.

3. Дозированные физические нагрузки. Регулярные упражнения значительно увеличивают чувствительность организма к воздействию гормона. Это особо важно для больных с 2-ым типом заболевания.

4. Школа самоконтроля. Наиболее важным и трудным шагом для пациентов остается понимание того, что надо менять свой образ жизни. В клиниках существуют специальные занятия, где больным объясняют, как они должны себя вести для предупреждения возникновения осложнений.

5. Психологическая поддержка. Многие тяжело переносят известие о наличии неизлечимого недуга. Поэтому необходимо поддержать таких людей и показать им, что с проблемой можно абсолютно нормально жить и радоваться каждому дню.

Принципы лечения сахарного диабета 2 типа и диспансерного наблюдения не отличаются от аналогичных при первом варианте заболевания, кроме инсулина, который можно вводить пациентам, но только на поздних стадиях, когда наблюдается полное истощение поджелудочной железы.

Препаратами выбора становятся сахаропонижающие лекарства (Метформин, Глибенкламид и другие).

Инсулиноterapia является наиболее важным моментом при абсолютной недостаточности гормона в организме. Различают несколько типов синтетического вещества, в зависимости от длительности действия:

- быстрого, но короткого действия: актропиды, хумулины, инсулапы, простой инсулин, Н-инсулин.

- средней продолжительности действия (длительность 12-22 часа): ленте, семилонг, монотарды и др.

- длительного действия (25-36 часов): ультралонг, ультра-ленте, ультра-тард [23, с. 350].

Раньше считалось, что стандартные дозы препарата в определенные часы могут поддерживать адекватный уровень гликемии. Последние несколько лет врачи активно меняют эту концепцию и используют комбинацию инсулина длительного и короткого действия для максимального имитирования работы поджелудочной железы относительно приемов пищи.

Суточная доза инсулина рассчитывается эндокринологом с учетом гликемии. Коррекцию доз инсулина в течении суток проводят под контролем глюкозурического и гликемического профиля.

Диета при диабете включает соблюдение правил здорового питания особо актуально для больных со стойкой гипергликемией любого типа.

Базовыми принципами для таких пациентов являются:

- Ограничение легких углеводов и жирной пищи;
- Частое, но дробное питание (5-6 раз в сутки);
- Исключение курения и отказ от алкоголя (по возможности);
- Нужно избегать копченостей и жареных продуктов;
- Увеличение в ежедневном меню количества овощей, фруктов и воды (до 2,5 л в день).

Дозированная физическая нагрузка наиболее важна для больных со вторым типом диабета. Регулярные упражнения демонстрируют иногда более

сильный гипогликемический эффект, чем прием сахаропонижающих лекарств. Физкультура увеличивает усвоение глюкозы тканями организма и помогает снизить сахар в крови.

На ранних этапах развития второго типа заболевания таким подходом в комплексе с диетой можно полностью привести углеводный обмен в норму. Главное – умеренность и предварительная консультация с лечащим врачом.

Психологическая помощь при сахарном диабете очень важна, надо уметь объяснить пациентам с сахарным диабетом, как они должны жить дальше. Если инсулиннезависимый диабет развивается в большинстве своем у взрослых людей, то 1-ый тип – у детей. Иногда крайне трудно научить сразу ребенка правильно питаться и ограничивать себя в любимых лакомствах. Для этого и существуют специальные школы здоровья. Квалифицированные врачи и педагоги объясняют всем своим подопечным тонкости и нюансы здорового способа жизни.

Работа с психологом нужна определенному числу больных, которым трудно принять свой диагноз. Однако в процессе реабилитации человека главную роль играют его близкие, семья и окружение. Если пациент чувствует себя хорошо, то и терапия протекает намного легче. Перечисленные принципы лечения сахарного диабета обеспечивают максимальную компенсацию недуга и нормальное качество жизни больного.

1.3 Особенности сестринского ухода

Роль медицинской сестры — очень значима и ответственна. Она должна обладать такими качествами, как терпение и милосердие и грамотно выполнять назначения врача. Медицинской сестре при оказании своевременной помощи, необходимо знать причины, провоцирующие появление сахарного диабета, осложнения вызывающие болезнь, а также обострения сахарного диабета.

Учитывать возможные варианты компенсации. Медсестры помогают больному сахарным диабетом, разобраться с возникающими проблемами.

Медицинская сестра должна собирать информацию о пациенте, выполнять обследование и поставить в известность врача. Также необходимо определение нужд пациентов. Медицинской сестре нельзя ошибиться с постановкой сестринского диагноза, определением цели работы. А целью является пациент, которого необходимо привести в стабильное состояние. Медицинской сестре очень важно грамотно проводить терапию, предписанную врачом обследование пациентов, уделять внимание профилактике возможных осложнений и выполнить, если необходимо реабилитационные мероприятия. Результат является окончательным этапом работы и профессиональных знаний медицинской сестры.

Обязанности медицинской сестры:

- выбрать необходимые сестринские действия;
- выполнять назначения лечащего врача под его руководством;
- проходить курсы повышения квалификации, расширяя знания, навыки, способствующие эффективности работы;
- взаимодействовать с коллегами: лечащим врачом, младшим медицинским персоналом или с узкими специалистами;

Первичная оценка или обследование пациента включает в себя: выбор действия в сестринском уходе при конкретных потребностях больного сахарным диабетом, получение информации о состоянии здоровья.

На этапе обследования медсестре необходимо:

- изучить историю болезни;
- проводить измерения пульса, АД (артериального давления), роста и веса;
- определить имеется избыточный или недостаточный вес, цвет и состояние кожного покрова;
- провести беседы с диабетиком и его родственниками;
- выявить пагубные привычки;

- обучить принципам подбора и приготовления продуктов;
- контролировать соблюдения пациентом режима питания, отдыха и труда;
- разъяснять больному важность соблюдения диеты;
- контролировать передачи родственниками;
- объяснить пациентам правил сбора суточного количества мочи на сахар;
- обучить пациентов правилам асептики и антисептики при парентеральном введении препаратов инсулина в домашних условиях;
- осуществлять уход за кожей тяжелобольных с целью профилактики пролежней и кожных заболеваний;
- оказать первую доврачебную помощь при развитии коматозного состояния;
- объяснить, как правильно хранить инсулин;
- показать места для инъекций.

Медицинская сестра является членом команды, оказывающей квалифицированную медицинскую помощь. С медицинской сестрой пациент контактирует большую часть времени. Она может первой узнать о жалобах и динамике состояния благодаря навыкам общения. Анализируя и наблюдая, медицинская сестра может своевременно поставить в известность врача, о начавшихся изменениях в состоянии больного.

Роль медицинской сестры заключается в профилактике осложнений, вызванных сахарным диабетом, что и позволяет сохранить более высокий уровень жизни пациента.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

2.1. Собственное исследование

Исследования проводились в эндокринологическом отделении на ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода».

В исследовании принимали участие 30 пациентов. Исследование проводилось методом анкетирования, при котором респонденты должны были ответить на 35 вопросов. (Приложение 1). Среди опрошенных женщины составили 62%, мужчины – 38% (Рис. 1).

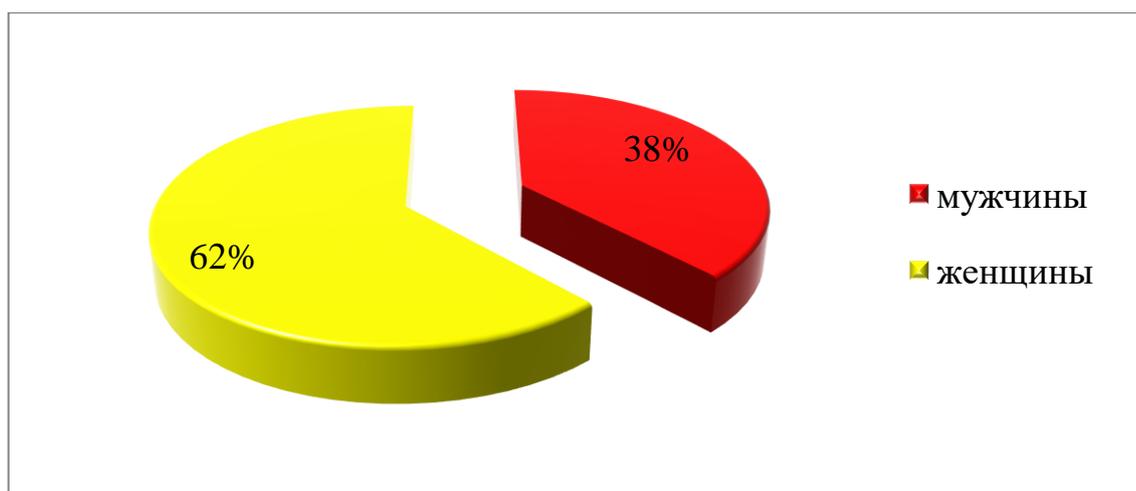


Рис. 1 Гендерная принадлежность

Возраст исследуемых пациентов составил от 25 до 45 лет – 23%; от 45 до 55 лет – 31%; от 55 и старше – 46% (Рис. 2).

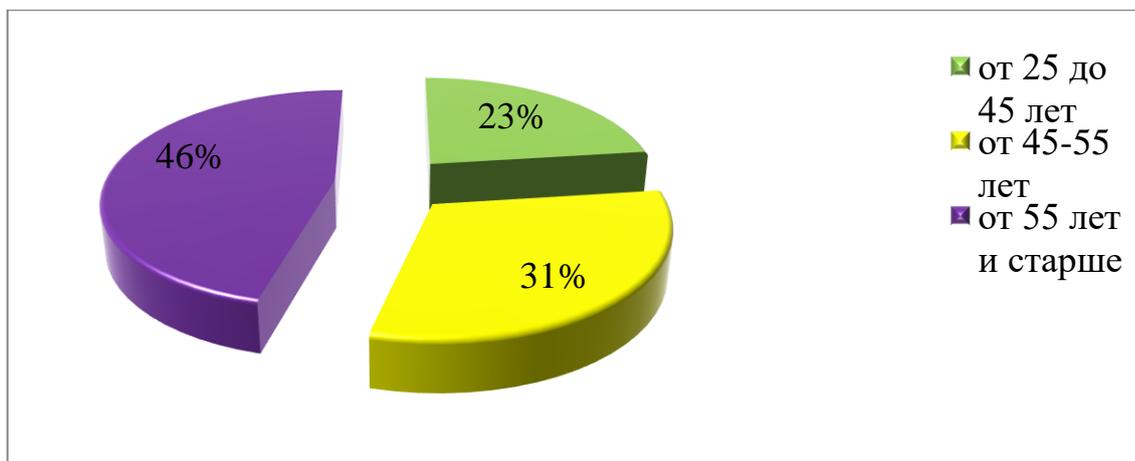


Рис. 2 Возраст пациентов

Распределение по профессиональной деятельности пациентов выглядит следующим образом: пенсионеры – 48%; работающие – 33%; учащиеся-18%; безработные – 1% (Рис. 3).

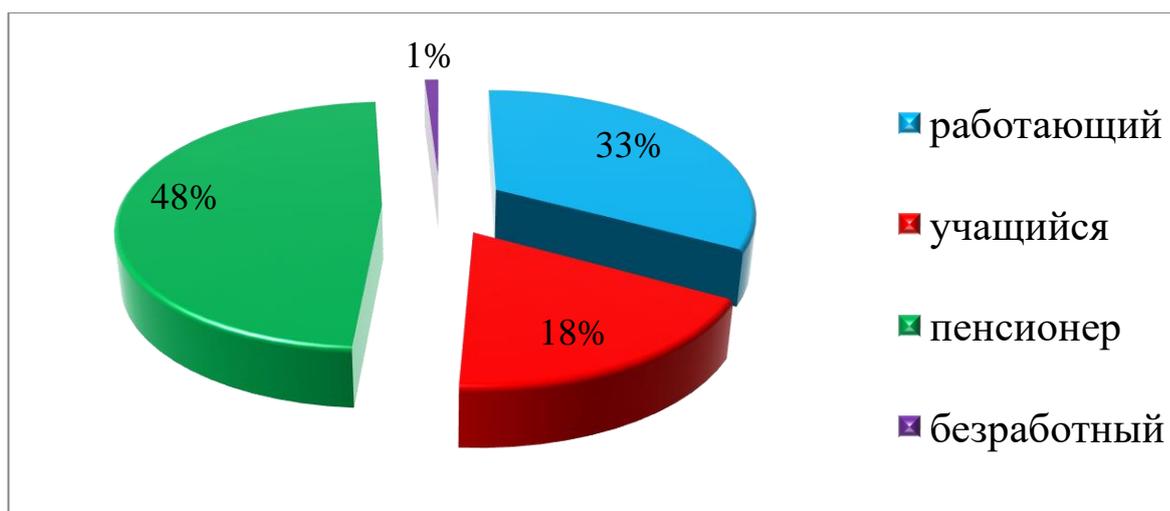


Рис. 3 Социальные группы

Важным фактором в возникновении сахарного диабета является наследственная предрасположенность. Чаще передается по мужской линии. Поэтому людям, у которых в роду есть данная патология необходимо быть осторожными и вести здоровый образ жизни. На вопрос «Был ли в вашей семье у кого-нибудь сахарный диабет?» Да - ответили 62%, нет – 33%, не знаю – 3% (Рис.4).

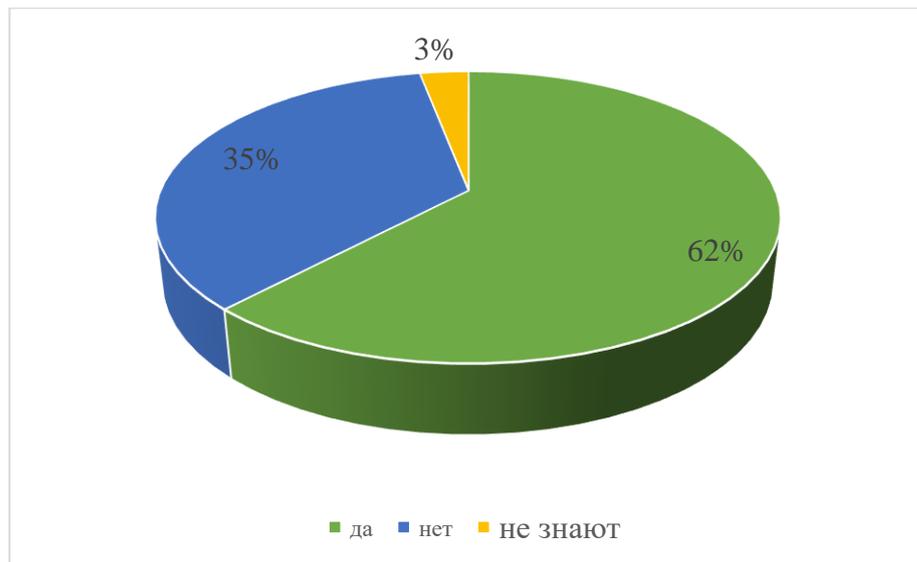


Рис. 4 Наследственная предрасположенность

Сахарный диабет бывает двух типов: когда происходит разрушение бета-клеток поджелудочной железы, которые продуцируют инсулин (идиопатический, аутоиммунный) – это диабет 1 типа. Если есть нечувствительность тканей к инсулину или дефект выработки инсулина с нечувствительностью тканей или без нее – это диабет 2 типа. Из анкет мы узнали, что у 18% респондентов -1-й тип сахарного диабета, 2-й тип сахарного диабета - 82% (Рис.5).

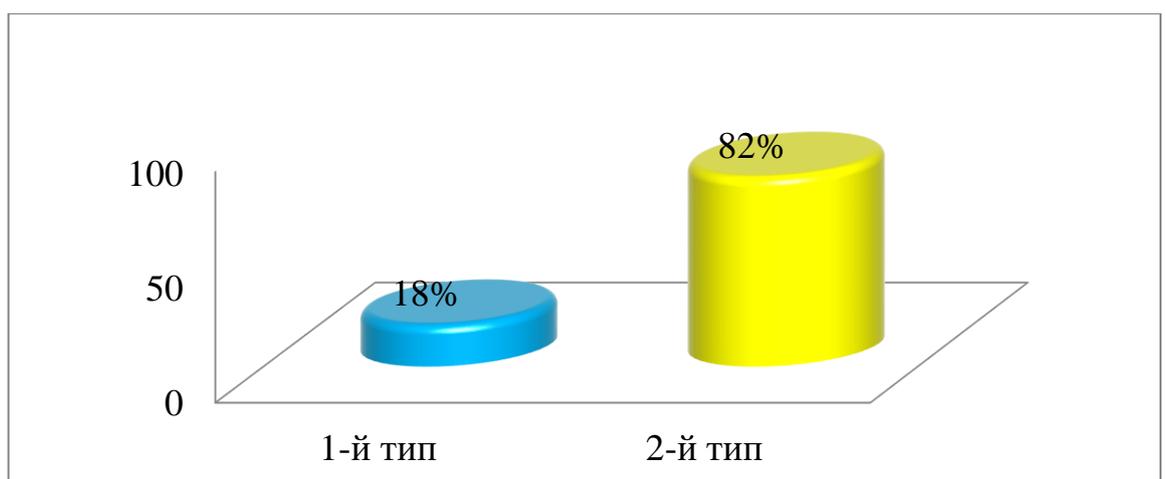


Рис.5. Распространенность сахарного диабета первого и второго типа

Избыточный вес при сахарном диабете появляется практически всегда, ведь инсулин способствует накоплению жира, который скапливается преимущественно в области живота, вокруг органов. Каждый лишний килограмм массы тела повышает риск развития диабета на 5%, а при избытке в 10 кг он увеличивается в 3 раза. Мы установили, что избыточный вес при сахарном диабете 1 типа имеют 52% анкетированных; не имеют избыточного веса – 48%. При сахарном диабете второго типа имеют избыточный вес – 76%, не имеют – 24% (Рис.6).

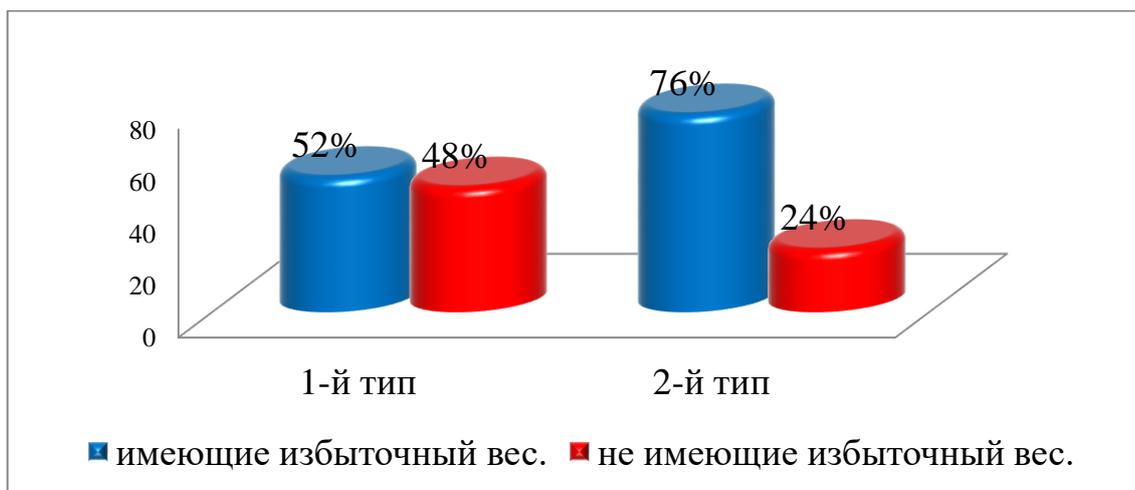


Рис. 6 Избыточный вес при сахарном диабете 1 и сахарном диабете 2 типа

Проблемы, которые возникают у пациентов с сахарным диабетом относятся: сухость кожи и зуд – 23%; повышенный аппетит – 21%; чувство жажды – 32%; боли в ногах – 16%; слабость – 8% (Рис.7).

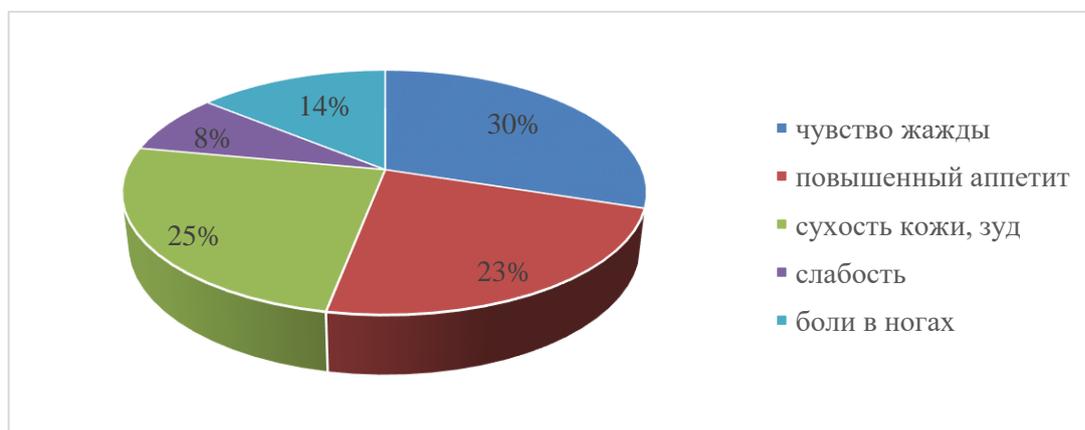


Рис. 7 Проблемы пациентов

Пациенты при сахарном диабете состоят на диспансерном учете и регулярно наблюдаются у эндокринолога: пациенты с сахарным диабетом 1-ого типа наблюдаются регулярно – 64%, респондентов не регулярно – 36%; пациенты с сахарным диабетом 2-ого типа: регулярно – 52%, не регулярно – 48% (Рис. 8).

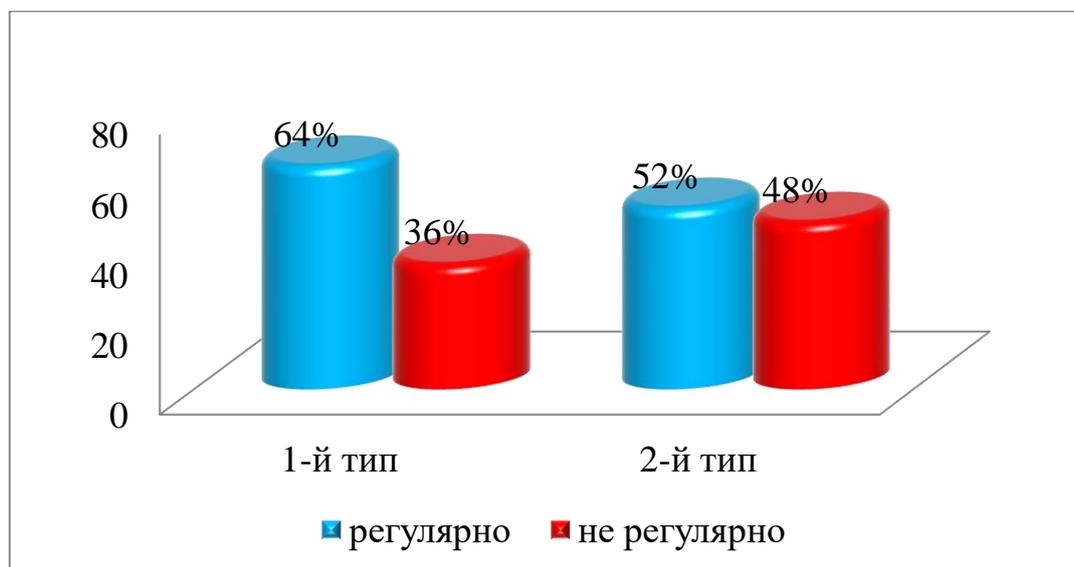


Рис. 8 Регулярность наблюдения у эндокринолога

В настоящее время, когда доступна различная информация в Интернете многие занимаются самолечением, не обращаясь за помощью к врачу. Мы установили, что занимались самолечением – 11% анкетированных; не занимались самолечением – 89% (Рис. 9).

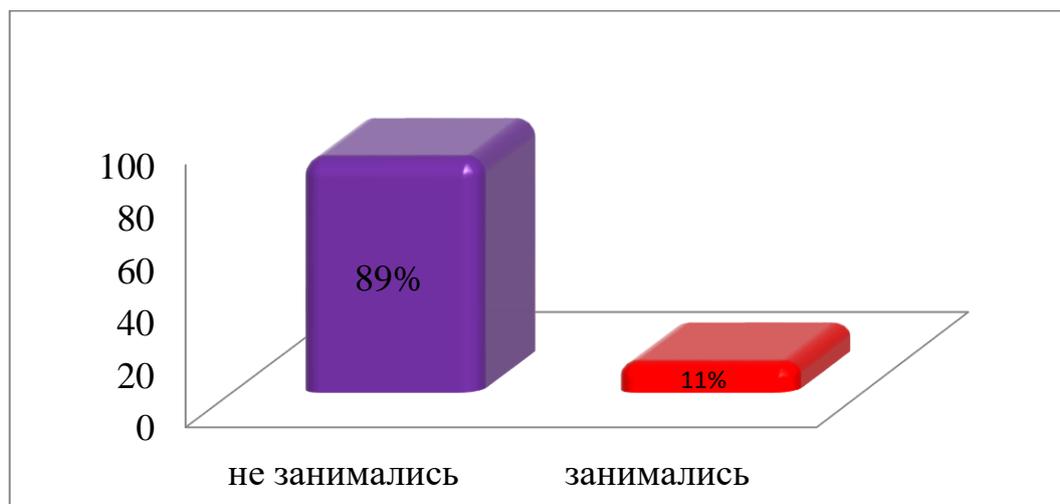


Рис. 9. Отношение к самолечению

Чтобы быстро измерить уровень сахара в крови необходимо использовать глюкометр, он достаточно прост в использовании и пациенты часто приобретают их для личного пользования. Результаты анкеты показали, что есть личный глюкометр – у 84% респондентов; нет – у 16% (Рис. 10).

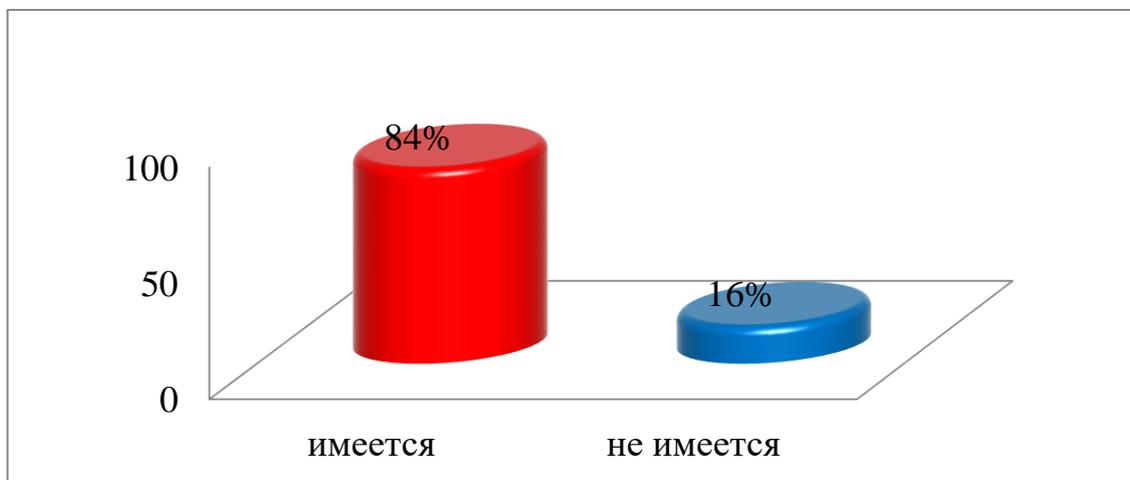


Рис. 10 Наличие глюкометра

Для того чтобы контролировать болезнь и ежедневно отслеживать качество лечения при сахарном диабете необходимо контролировать уровень сахара в крови. Мы выяснили, что регулярно контролирует уровень сахара в крови – 35%; не регулярно – 16%; при ухудшении самочувствия – 49% (Рис. 11).

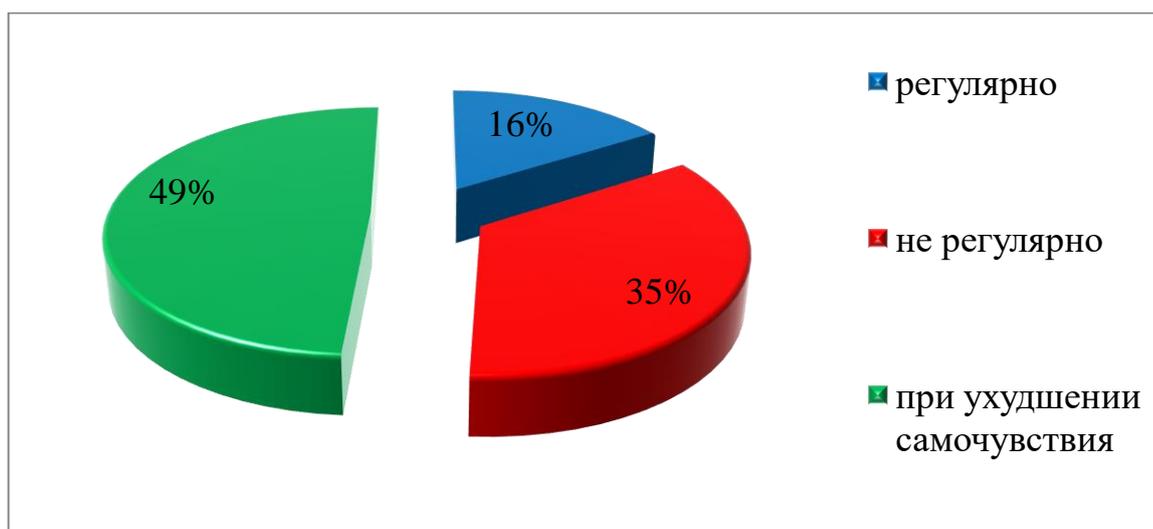


Рис. 11 Регулярность контроля за уровнем сахара в крови

Когда человеку впервые поставлен диагноз сахарный диабет, то ему необходимо в обязательном порядке пройти соответствующее обучение. Для этого существует специальная школа, где проходят обучение пациенты с данной патологией. Проходили ли пациенты обучение в «Школе сахарного диабета»: Да - ответили 23% респондентов; Нет – 77% (Рис. 12).

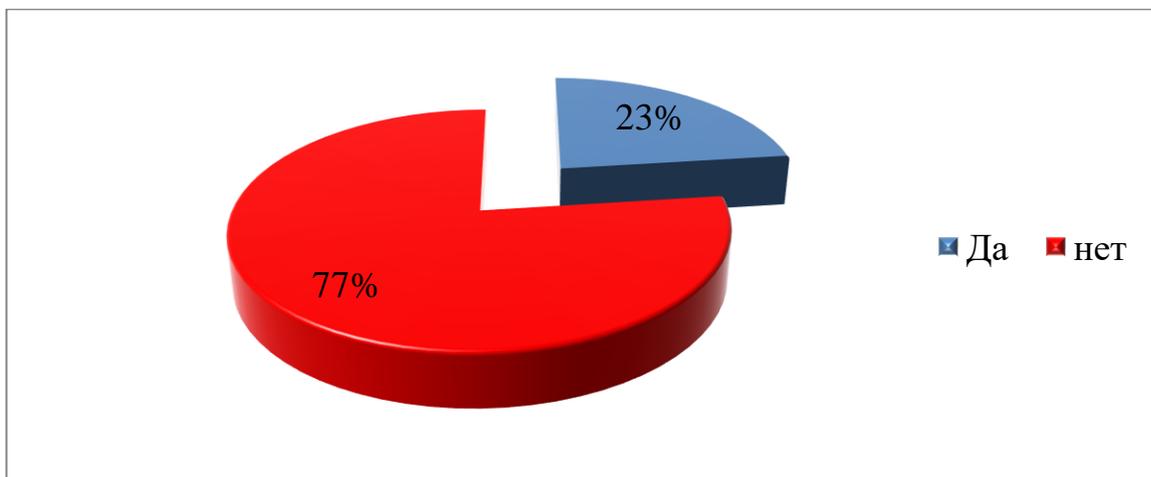


Рис.12 Прохождение пациентами обучения в «Школе сахарного диабета»

Сахарный диабет – это одно из самых опасных заболеваний в плане осложнений, которые оказывают воздействие на все органы человека. Результаты анкетирования показали осложнения у пациентов, такие как ухудшение зрения составляет 31%; боль в ногах – 27%; почечная недостаточность – 24%; диабетическая стопа – 18% (Рис. 13).

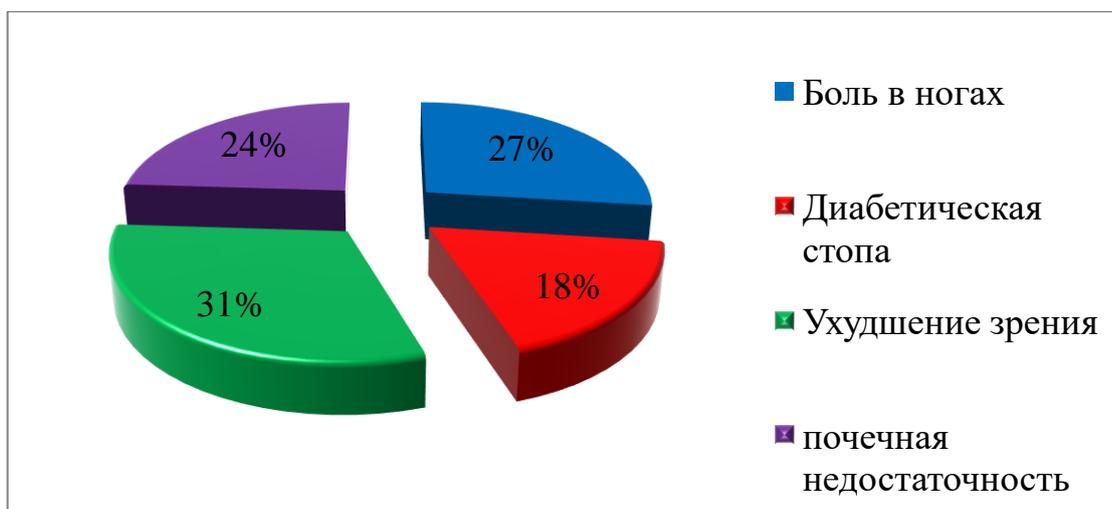


Рис. 13 Осложнения у пациентов с сахарным диабетом

В современном мире существует достаточно много источников информации. Откуда пациент получает информацию о сахарном диабете? Из анкет мы узнали, что информацию от врача получает 36% респондентов. от медицинской сестры – 34%; из телевидения, книг, интернета – 30% (Рис. 14).

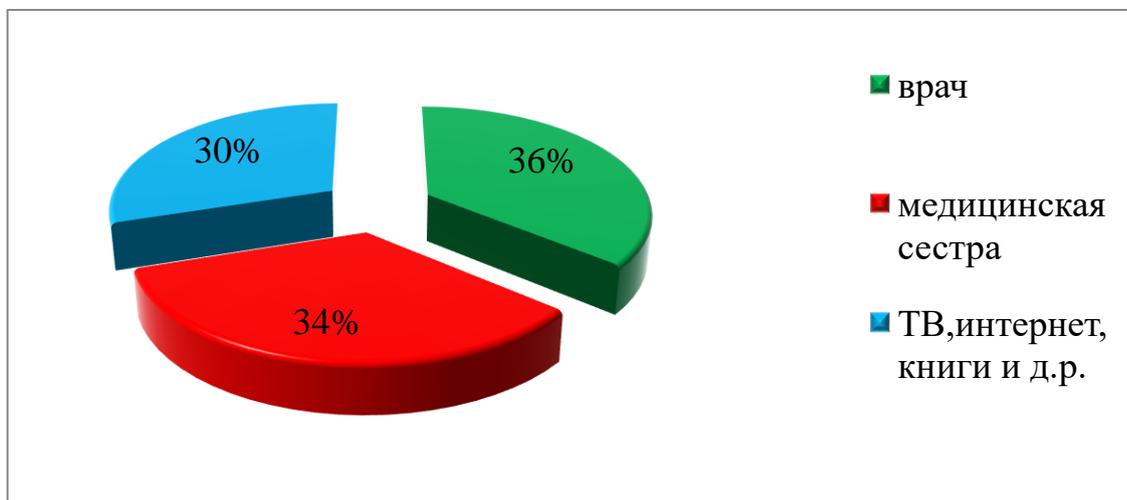


Рис. 14 Источники информации о сахарном диабете

Правильное питание на начальных этапах заболевания является лечебным фактором, основным моментом при диабете на фоне приема пероральных сахароснижающих препаратов и необходимым при инсулинозависимом диабете. Мы выяснили, что время от времени нарушают диету – 58% анкетированных; не соблюдают диету – 24%; строго придерживаются диеты – 18% (Рис.15).

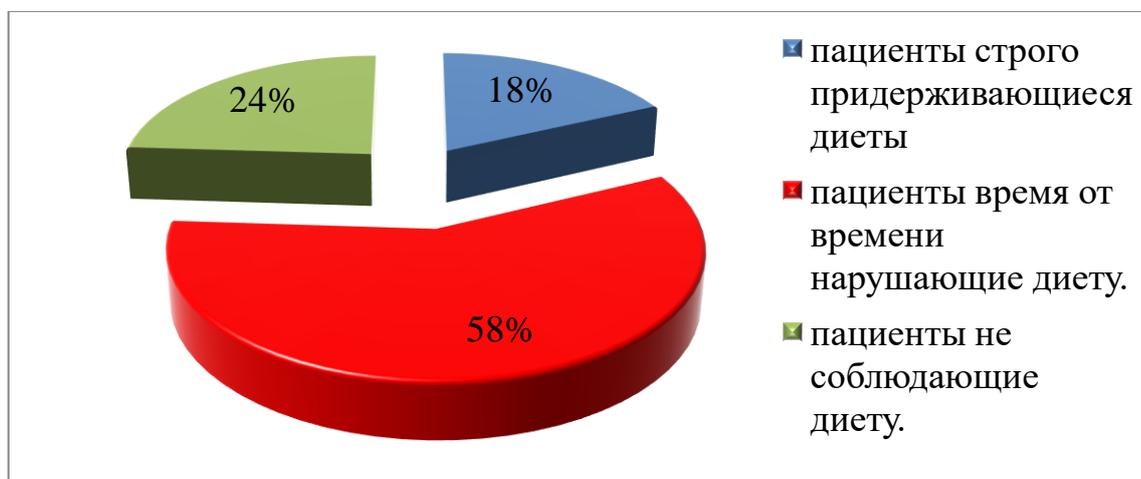


Рис. 15 Соблюдение диеты

Всем пациентам с сахарным диабетом необходимо вести дневник самоконтроля. Ведут дневник пациенты с сахарным диабетом 1-ого типа – 36%; не ведут дневник – 64%; с сахарным диабетом 2-ого типа: ведут – 76%; не ведут – 24% (Рис. 16).

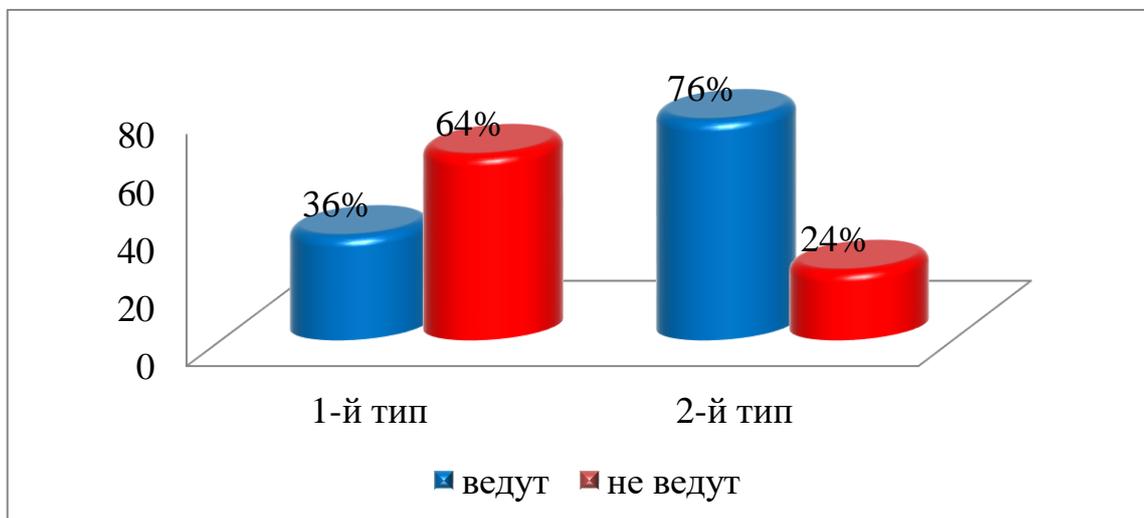


Рис. 16 Наличие дневника самоконтроля

При сахарном диабете часто бывает такое осложнение как гипогликемия, данное состояние может возникнуть вследствие передозировки вводимого инсулина или сульфаниламидных сахароснижающих препаратов, нарушения режима питания, повышенной чувствительностью к инсулину. Анкетирование показало, что гипогликемические состояния случались у 34 % респондентов, а у 66% их не было (Рис. 17).

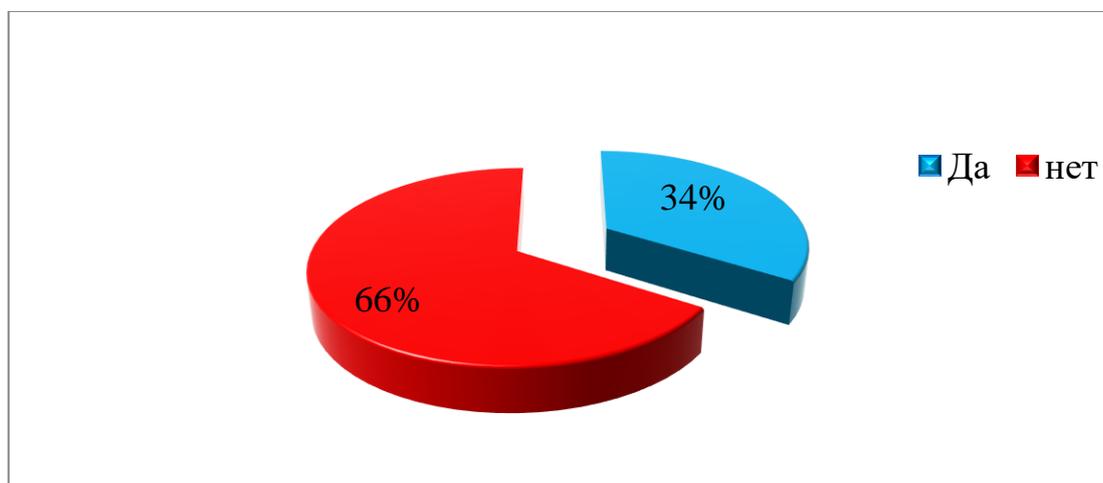


Рис. 17 Случаются ли гипогликемические состояния

При уходе за пациентами с сахарным диабетом применяются различные сестринские вмешательства. Из анкеты мы узнали, чаще всего пациентов готовят к исследованиям, так ответило 24% респондентов; получают консультации по питанию – 22%; консультации специалиста – 19%; контроль за уровнем сахара крови – 21%; гигиенический уход – 14% (Рис. 18)

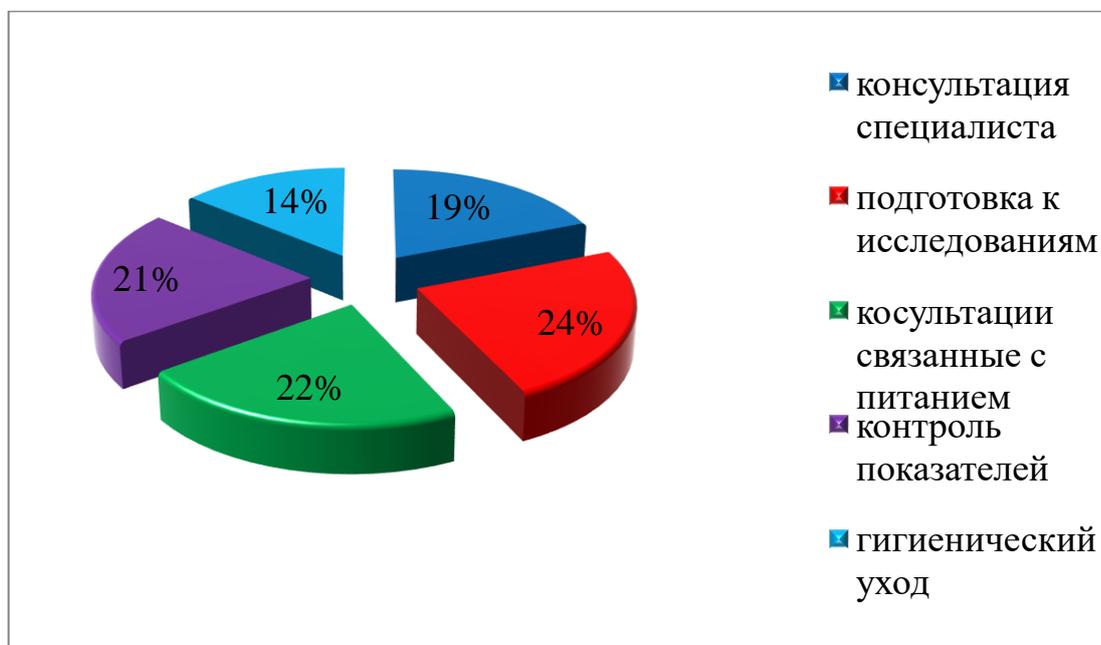


Рис. 18 Сестринские вмешательства

Медицинская сестра на своем рабочем месте является постоянным посредником между врачом и всеми пациентами. Специалист сестринского дела должен общаться с пациентами, ухаживать за ними оказывать моральную поддержку. На вопрос «Зависит ли Ваше здоровье от деятельности медицинской сестры?»: 83% пациентов считают, что зависит; 17% ответили «Нет» (Рис. 19).

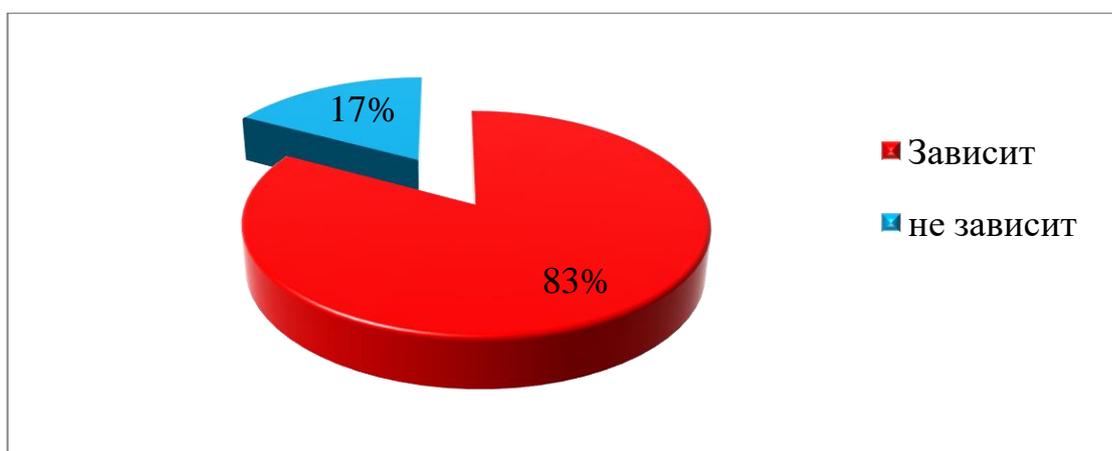


Рис. 19 Зависимость здоровья пациентов от деятельности медицинской сестры

В процессе лечения пациенты задают множество вопросов, касаемых их заболевания. Чаще всего это новые вопросы о новых технологиях в лечении сахарного диабета –29%; о профилактике неотложных состояний -24%; о профилактике диабетической стопы –18%; о физической нагрузке -11%; вопросы, связанные с питанием – 18% (Рис. 20).

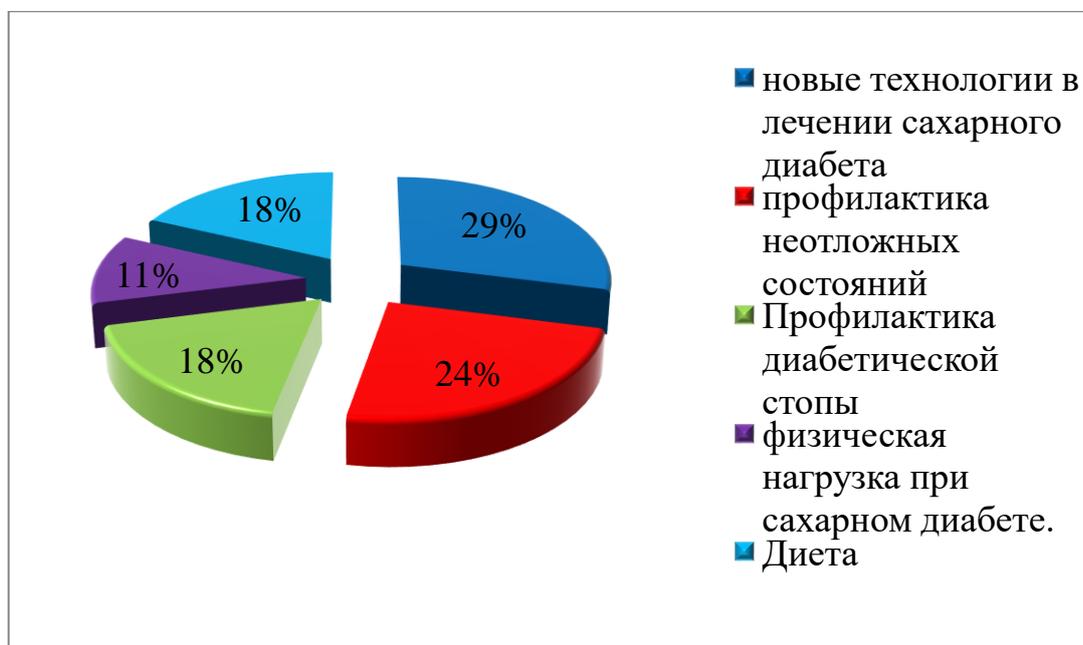


Рис. 20 Вопросы, которые чаще всего задают пациенты

Медицинским работникам люди доверяют самое дорогое - здоровье и жизнь, свою и своих близких, поэтому от них ждут полной самоотдачи.

Современная медицинская сестра должна обладать высоким профессионализмом, любви к профессии, к больным и особыми качествами: терпением, выдержкой, спокойствием и предельной честностью. Из опроса мы узнали, что наиболее важные качества профессиональной деятельности медицинской сестры профессионализм – 46% (Рис. 21), на втором месте этические (доброта, отзывчивость чуткость) – 29%; на третьем месте психологические (общительность, уравновешенность) – 25%;

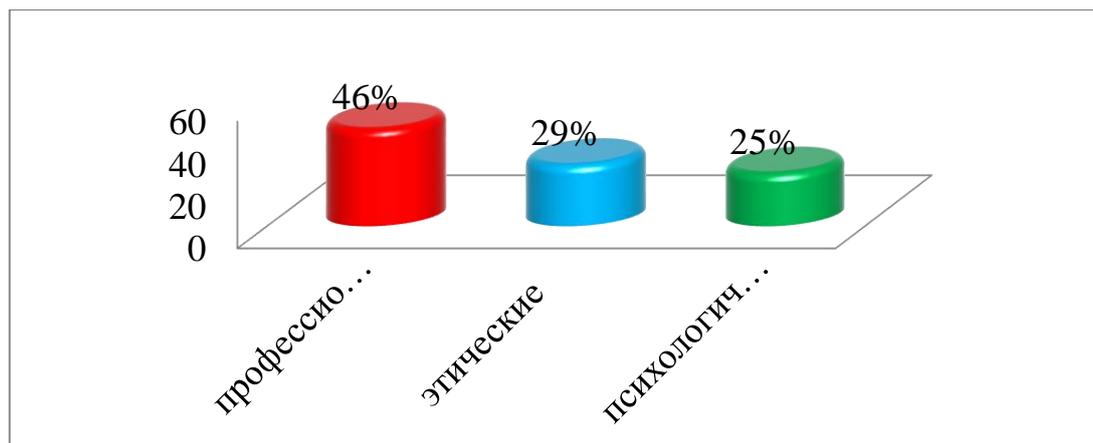


Рис. 21 Качества медицинской сестры

В результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

- важным фактором в возникновении сахарного диабета является наследственная предрасположенность, так считают 62% опрошенных;
- избыточный вес при сахарном диабете 1 типа имеют 52% анкетированных; при сахарном диабете второго типа - 76%;
- к наиболее частым проблемам, которые возникают у пациентов с сахарным диабетом относятся: жажда – 32%; сухость кожи и зуд – 23%; повышенный аппетит – 21%;
- 64% респондентов с сахарным диабетом 1-ого типа регулярно наблюдаются у эндокринолога, с сахарным диабетом 2-ого типа – 52%;
- 11% анкетированных занимались самолечением, не обращались к врачу;
- у 84% респондентов есть личный глюкометр;

- регулярно контролирует уровень сахара в крови – 35% респондентов:
- 23% респондентов проходили обучение в «Школе сахарного диабета»:
- такое осложнение, как ухудшение зрения отметили 31% анкетированных
- источниками информации о заболевании являются медицинские работники: от врача получают информацию 36% респондентов. от медицинской сестры – 34%
- диету нарушают – 58% анкетированных; не соблюдают диету – 24%; строго придерживаются диеты только 18%;
- ведут дневник самоконтроля пациенты с сахарным диабетом 1-ого типа – 36%; с сахарным диабетом 2-ого типа: ведут – 76%;
- гипогликемические состояния случались у 34 % респондентов
- из самых распространенных сестринских вмешательств является подготовка к исследованиям, так ответило 24% респондентов;
- 83% пациентов считают, что от деятельности медицинской сестры зависит здоровье пациентов;
- наиболее важные качества профессиональной деятельности медицинской сестры респонденты считают профессионализм (46%).

;

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На современном этапе причинами различных заболеваний, инвалидизации и смертности населения стали заболевания неинфекционной природы. Среди них все возрастающее значение приобретает сахарный диабет.

Это широко распространенное заболевание с географической точки зрения, является проблемой всех народов и всех возрастов. Во всех странах мира наблюдается быстрый рост заболеваемости, что обусловлено высокой смертностью от его осложнений. Оно постепенно прогрессирует, снижая при этом качество жизни и её продолжительность.

14 ноября отмечается день борьбы с сахарным диабетом. В России сахарным диабетом болеют около 8 миллионов человек, она входит в пятерку стран с наибольшей заболеваемостью данной патологией.

Сахарный диабет — это пожизненное заболевание, соответственно для удовлетворения нарушенных потребностей пациенты нуждаются в уходе. Роль медицинской сестры при этом неопределима, так как уход является составной частью лечения, влияющей в немалой степени на ее эффективность, что и послужило выбором темы выпускной квалификационной работы [23, с.345].

А в первой главе дипломной работы были рассмотрены теоретические аспекты сахарного диабета, которые включали в себя этиологию, патогенез, клинические проявления, лечение и осложнения данной патологии. Было дано понятие сахарному диабету, как заболеванию, характеризующемуся хронической гипергликемией, являющейся следствием недостаточности продукции инсулина, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ. Проанализированы факторы риска, такие как наследственность, аутоиммунные заболевания, вирусные инфекции. Среди основных клинических проявлений отмечены гипергликемия, глюкозурия, полиурия и полидипсия. Отдельно рассматривались осложнения данного заболевания, возникающие в течение короткого времени, когда уровень глюкозы в сыворотке очень низкий или

очень высокий. Основным принципом лечения пациентов с сахарным диабетом является компенсация нарушенного обмена веществ.

Во второй главе дипломной работы проведено исследование профессиональной деятельности медицинской сестры по специально разработанной анкете. Анкета содержала 35 вопросов. В ходе работы мы выяснили, что у пациентов в анамнезе имеются все факторы, возникновения сахарного диабета. У них отмечается дефицит знаний, как о самом заболевании, так и о его осложнениях, несмотря на то что большинство из них получает информацию от медицинских работников. У большинства пациентов не ведется дневник самоконтроля, контролируется уровень сахара в крови и не соблюдается диетическое питание, которое играет большую роль в лечении. Исследование показало, что пациенты высоко оценивают роль медицинской сестры при данной патологии и считают одним из главных ее качеств профессионализм. По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Информирование пациентов о заболевании поможет снизить инвалидизацию и смертность, предотвратить возникновение осложнений и трудности социальной адаптации;
2. Пациенты с избыточной массой тела более предрасположены к возникновению сахарного диабета;
3. У пациентов были выявлены проблемы, такие как жажда, повышенный аппетит, зуд и сухость кожных покровов;
4. При осуществлении ухода медицинские сестры чаще выполняют мероприятия по подготовке к различным исследованиям и контролю физиологических показателей здоровья;
5. Главными качествами медицинской сестры пациенты считают профессионализм, коммуникативные навыки, этические качества.

Предложения для медицинских сестер, оказывающим помощь при сахарном диабете с целью повышения качества обслуживания:

1. Постоянно проводить беседы с пациентами о заболевании, привлекать их и родственников участвовать в работе школы сахарного диабета;
2. Повышать свои знания на курсах повышения квалификации;
3. Участвовать в санитарно-просветительной работе, создавать памятки, санбюллетени, брошюры;
- 4.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аметов А.С., Сахарный диабет 2 типа. Проблемы и решения.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2015.-1032с.
2. Андреева, Л. П., Диагностическое значение белка при сахарном диабете.-М.: Медицина , 2017.
3. Астамирова, Х. Ахманов, М., Настольная книга диабетика. Шестой вариант.-М.: Эксмо, 2017-496с.
4. Балаболкин М. И. Эндокринология. - М.: Медицина, 2014.-363с.
5. Балаболкин М.И., Е.М. Клебанова, В.М. Креминская., Патогенез ангиопатий при сахарном диабете. -М.:Инфа, 2016.-200с.
6. Башнина, Е. Б., Корналевская А. О., Трясова Т. Ю., Инсулинотерапия у подростков с сахарным диабетом: проблемы и пути решения.- М: Инфа, 2014.
7. Давлицарова К.Е., Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь: Учебное пособие.- М.: Форум,2014.-367с.
8. Дедов И.И., Алгоритмы диагностики и лечения болезней эндокринной системы под ред. - М.:Медицина, 2016.-568с.
9. Дедов, И.И., Балаболкин М.И., Сахарный диабет: патогенез, классификация, диагностика, лечение. - М.:Медицина, 2015.-410с.
10. Древаль А. В., Сахарный диабет и другие эндокринопатии поджелудочной железы. Московский областной научно-исследовательский клинический институт.-М:Инфа,2015.-272с.
11. Клипина, Т.Ю., Аркунова Н.Г., Ионова А.А., Храмова Е.Ю., Новейший справочник фельдшера - М: ООО «Дом Славянской книги», 2014.- 832с.
12. Лычев В. Г., Карманов В. К., Основы сестринского дела в терапии - Ростов н/Д Феникс, 2015 – 512 с.
13. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н., Сестринское дело в терапии - М.:ООО Медицинское информационное агентство, 2014 -544с.

14. Михайлов В. В., Основы патологической физиологии. Руководство для врачей -М.: Медицина, 2015.7-704с.
15. Мухина С.А., Тарновская И.И, Теоретические основы сестринского дела- 2 изд., испр. и доп. - М.:ГЭОТАР - Медиа, 2013.-368с.
16. [Никберг](#) И.И., Чайковский И.А.,[Ахманов](#).М.С.,Лечение диабета в XXI веке. Реальность, мифы, перспективы.,- СПб.: Вектор, 2016.
17. Обуховец Т.П., Основы сестринского дела [Электронный ресурс] / Т. П. Обуховец, О. В. Чернова ; под ред. Б. В. Кабарухина. - Изд. 22-е, стер. - Ростов н/Д : Феникс, 2015. - 766 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-24485-2 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222244852.html>
18. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела. [Текст]: учеб. пособие для студентов мед.училищ и колледжей./Т.П.Обуховец, О.В.Чернова.; под.общ.ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина . – Ростов – на - Дону : Феникс, 2016. – 766 с. : ил.
19. Организация сестринской деятельности : учебник / под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428955>.
20. Островская И.В., Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И.В., Широкова Н.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3940-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439401.html>
21. Полянцева, О.И. Психология для средних медицинских учреждений [Текст] : учебник для студентов образовательных организаций сред. проф. образования - 7-е изд, перераб. и доп. – Ростов –на -Дону : Феникс, 2015. – 431 с.
22. Рубан Э.Д. ,Терапия: лечение пациентов терапевтического профиля.,-Ростов н/Д: Феникс, 2015.-667с.

23. Смолева Э.В., Терапия с курсом первичной медико - санитарной помощи: учеб. пособие для студентов мед. училищ и колледжей.- Ростов н/Д , «Феникс», 2016.-653с.
24. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Текст]: учеб. пособие для студентов образовательных учреждений СПО / Э.В. Смолева; под общ. ред. к.м.н Б.В. Кабарухина. – изд. 19-е. – Ростов — на - Дону : Феникс, 2016. – 473 с.
25. Старкова Н.Т., Клиническая эндокринология.- СПб.:Вектор,2015-576с.
26. Фадеев П.А.,Сахарный диабет в деталях диагностики и лечения.- М.,«ЭКСМО», 2016.-304с.
27. Фролькис, Л.С., Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи.- М.,«ЭКСМО», 2015.-652с.
28. Швырев, А.А. Анатомия и физиология человека с основами общей патологии [Текст]: учебник для студентов мед. училищ и колледжей / А.А. Швырев ; под общ. ред. профессора Р.Ф. Морозовой. - изд. 8-е, стереотип. – Ростов — на - Дону : Феникс, 2015. – 411 с. : ил.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Уважаемые пациенты, просим вас ответить на вопросы, касающиеся вашего питания. Внимательно прочитайте каждый вопрос, выберите один или несколько правильных ответов. Информация, которую вы сообщаете, является конфиденциальной и не будет использоваться без вашего согласия.

1. Пол (М) (Ж)
2. Возраст (от 25 до 45 лет) (от 45 до 55 лет) (От 55 и старше)
3. Ваш социальный статус
 пенсионеры
 работающие
 учащиеся
 безработные
4. Был ли в вашей семье у кого-нибудь сахарный диабет?» (Да, Нет)
5. Тип диабета? (первый тип, второй тип)
6. Имеется ли у Вас избыток массы тела? (ДА, НЕТ)
7. Какие проблемы возникают у пациентов с сахарным диабетом сухость кожи и зуд ?
 повышенный аппетит
 чувство жажды
 боли в ногах
 слабость
9. Занимались ли вы самолечением? (ДА, НЕТ)
10. Имеется у вас глюкометр?. (Да, Нет)
11. Регулярно ли вы измеряете уровень сахара в крови? (ДА, НЕТ)
12. Вы проходите занятия в школе сахарного диабета? (ДА, НЕТ)
13. Были у вас осложнения при сахарном диабете? (ДА, НЕТ)
14. От кого вы получаете информацию о заболевании?
 Врач
 Медицинская сестра
 Телевидение
 Свой ответ
15. Соблюдаете ли вы диету? (ДА, НЕТ)
16. Ведете ли Вы дневник самоконтроля? (Да, НЕТ)
17. Бывают ли у вас гипогликемические состояния? (ДА, НЕТ)

18 Какие сестринские вмешательства чаще всего проводит медсестра?

консультации по питанию

консультации специалиста

контроль за уровнем сахара крови

гигиенический уход

Обращались ли Вы за медицинской помощью к медсестре? (ДА, НЕТ)

19. Зависит здоровье пациентов от деятельности медицинской сестры? (ДА, НЕТ)

20. Какие вопросы чаще всего задают пациенты медсестре?

Свой вариант ответа _____

21. Какие качества медицинской сестры самые важные?

Профессионализм

Отзывчивость

Доброта

Чуткость

Ответственность

уравновешенность