

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**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ  
СЕСТЕР ПРИ ПНЕВМОНИЯХ**

Дипломная работа студента

очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело

4 курса группы 03051505

**Гученко Алёны Александровны**

Научный руководитель  
преподаватель Войковская Е.В

Рецензент: врач рентгенолог  
ОГБУЗ «Городская больница N2 г.  
Белгорода»

Морозова Е.Ю.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПНЕВМОНИЙ.....	9
1.1. Эпидемиология, этиология, патогенез.....	9
1.2. Клиническая картина, диагностика, лечение.....	10
1.3. Реабилитация и профилактика.....	17
1.4. Сестринский процесс при пневмонии.....	19
ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ПНЕВМОНИЯХ.....	21
2.1. Методика исследования.....	21
2.2. Социологическое исследование роли медицинской сестры при профилактике пневмонии.....	21
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

## ВВЕДЕНИЕ

На сегодняшний день одним из самых распространенных заболеваний двадцать первого века, является пневмония. По данным Роспотребнадзора установлено, что число людей перенесших это заболевание за последний год увеличилось на 30 тысяч человек. В 2017 году это число составляло около 190 тысяч, а в 2018 году число заболевших увеличилось и составило оно около 220 тысяч человек. Пневмония занимает четвертое место по смертности после сердечно-сосудистых заболеваний.

Большая часть затяжных болезней на сегодняшний день не всегда возможно вылечить, однако можно осуществлять контроль течения болезни и гарантировать предотвращение осложнений, продлить жизнедеятельность пациентов и улучшить качество жизни его. Но необходимо осуществлять контроль за течением болезни, в том числе и с наибольшим применением возможностей нынешней медицины, невозможно без активного участия медицинской сестры в процессе лечения. Им необходимо понять причину болезни, к каким последствиям может привести безответственное отношение к процессу наблюдения и лечения в целом. Главными элементами реабилитационных мероприятий, в которых участвует медицинская сестра, считается обучение здоровому образу жизни, физической нагрузке, а так же психологической поддержке. Потребность изучения этого заболевания связано с тем что исход зависит не только от своевременного диагностирования заболевания и успешного лечения, а так же от ухода медицинской сестры за пациентом, от того как быстро и качественно она умеет находить контакт с пациентом.

**Актуальность темы.** Это связано с тем ,что нужно развивать профилактическую деятельность, чтобы не только пациенты но и прочие люди знали, что нужно делать чтобы не заболеть тем или иным заболеванием, и

медицинской сестры, как никто другой, имеют в этой деятельности не малое значение.

Во всем мире заболевших пневмонией отмечается от пяти до двадцати случаев на тысячу человек в год. В России в год эти данные равняются от восьми до тринадцати на тысячу человек. Мужчины заболевают чаще, чем женщины. Несмотря на широкое применение антибактериальной терапии, пневмония, занимает четвертое место по смертности. Чаще всего это встречается у ослабленных людей, особенно тяжело она протекает у пациентов с ВИЧ-инфекциями и дает высокую летальность. Этому заболеванию характерно многообразие этиологических, клинических и морфологических проявлений, особенно растёт заболеваемость пневмонией вирусной этиологии, это отмечается в период эпидемии гриппа. ВОЗ прилагает большие усилия к иммунопрофилактики (вакцинации) как от гриппа так и от пневмонии. Но, к сожалению, пневмония остается грозным заболеванием для ряда пациентов с ослабленным иммунитетом.

Медицинские сестры играют важную роль в сохранении здоровья и жизни пациентов, заболевших пневмониями.

Ситуация по пневмониям в Российской Федерации за последние 5 лет.

В данной исследовательской работе первоначально была поставлена задача проанализировать ситуацию заболеваемости и смертности пневмококковой инфекции в Российской Федерации.

Данные о заболеваемости и смертности пневмококковой инфекции в Российской Федерации за последние 5 лет:

Таблица 1

Заболеваемость и смертность пневмонией в Российской Федерации

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
Заболеваемость	507	390	678	671	295
Смертность	031	000	425	907	281

Смертность	394	344	307	260	193
	31	49	16	83	05

На основании табличных данных для лучшей наглядности ниже представлена диаграмма:



Рис. 1. Заболееваемость и смертность пневмонией в Российской Федерации

Проанализировав ситуацию в Российской Федерации за последние 5 лет, можно сделать следующие выводы:

- за последние 5 лет в Российской Федерации заболееваемость увеличена;
- смертность в Российской Федерации за последние 5 лет снизилась;
- самый высокий показатель заболееваемости наблюдался в 2016 году;
- в 2018 году заболееваемость снизилась;
- высокий показатель смертности наблюдался в 2014 году;
- низкий показатль смертности наблюдался в 2018 году.

Ситуация по пневмониям в Белгородской области за последние 5 лет.

В данной исследовательской работе была поставлена задача проанализировать ситуацию заболеваемости и смертности пневмококковой инфекции в Белгородской области.

Данные о заболеваемости и смертности пневмококковой инфекции в Белгородской области за последние 5 лет:

Таблица 2

Заболеваемость и смертность пневмонией в Белгородской области

Годы	2014	2015	2016	2017	2018
Заболеваемость	660	663	668	601	760
Смертность	9	9	7	8	4

На основании табличных данных построена таблица:



Рис.2. Заболеваемость и смертность пневмонией в Белгородской области

Проанализировав ситуацию в Белгородской области за последние 5 лет, можно сделать следующие выводы:

в Белгородской области наблюдаются высокие показатели заболеваемости и смертности;

высокий показатель заболеваемости наблюдался в 2018 году;

низкий показатель заболеваемости был в 2017 году;

высокий показатель смертности наблюдался в 2018 году;

низкий показатель был в 2016 году.

**Объект исследования** – пациенты имеющие пневмонию

**Предмет исследования** – сестринская деятельность при лечении пневмонии

**Цель исследования:** показать особенности сестринской деятельности при уходе за пациентами с пневмониями.

**Задачи исследования:**

1. Изучить теоретические аспекты пневмонии.
2. Изучить социологические аспекты пациентов, страдающих пневмониями.
3. Изучить деятельность медицинской сестры.
4. Определить роль медицинской сестры в профилактике заболевания.
5. Внести предложение в повышении качества профессиональной деятельности медицинских сестер.



# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПНЕВМОНИЙ

## 1.1. Эпидемиология, этиология, патогенез

«Пневмония — острый инфекционный воспалительный процесс в легочной ткани с вовлечением всех структурных элементов легких, обязательным поражением альвеол и рентгенологически подтверждающимся инфильтратом. Воспаление может распространяться на ближайшие бронхи, сосуды и плевру с развитием сопутствующего бронхита, васкулита или плеврита. Пневмония вызывается неспецифической патогенной или условно-патогенной флорой при нарушении естественных механизмов защиты организма» [5 с. 65].

Пневмония делится на:

### 1. Первичную (внебольничную).

Возникает у людей, которые ранее не страдали этим заболеванием, а так же не связано с заболеваниями других органов и систем;

### 2. Вторичную.

Связано с развитием патологического процесса, может возникнуть у пациентов с иммунодефицитом;

### 3. Госпитальную (нозокомиальную).

«Этот вид пневмоний занимает не последнее место среди причин смертности от внутрибольничной инфекции. Этот вид пневмонии встречается в 5 – 10 случаях на 1000 госпитализированных. Так как этиология всевозможных пневмоний характеризуется своеобразием- это усложняет планирование терапии. В зависимости от срока внутрибольничной пневмонии выделяют:

– раннюю нозокомиальную пневмонию.

Она возникает в течении первых 5 суток с момента госпитализации, этот вид пневмоний вызывается возбудителем который уже присутствовал в организме пациента до госпитализации. Эти возбудители чувствительность

проявляют к традиционным антибиотикам, сама пневмония протекает более благополучно.

– позднюю нозокомиальную пневмонию.

Возникает через 5 суток и более дней проведенных в стационаре, высокая устойчивость к антибиотикам» [14].

Пневмонии бывают бактериальной этиологии: пневмококковая, стафилококковая, стрептококковая; вирусной этиологии: гриппозная, аденовирусная и другие; хламидийная пневмония; у иммунодефицитных больных – пневмоцистная; у пациентов с заболеванием сердечно – сосудистой системы – застойная пневмония; аспирационная пневмония.

## **1.2 Клиническая картина, диагностика, лечение**

Заболевание начинается остро, головная боль общее недомогание, повышение температуры, озноб. Боли в грудной клетке, которые усиливаются при глубоком вдохе и кашле. Одышка, сухой кашель, который со временем становится кашлем с выделением слизи ржавого цвета.

Классификация пневмонии:

1. Пневмококковая пневмония.
2. Вирусная пневмония.
3. Пневмония у больных с иммунодефицитом.
4. Стафилококковая пневмония.
5. Пневмонии у лиц пожилого возраста.

По степени тяжести:

1. Легкая.

Интоксикация не выражена, сознание ясное, повышение температуры тела до 38,0С, тахикардия до 90 в 1 мин, АД в норме, частота дыхания — менее 25 в 1 мин.

## 2. Средняя.

Интоксикация умеренно выражена, частота дыхания до 30, пульс — до 100 в 1 мин; температура тела — 38-39 С.

## 3. Тяжелая.

Ярко выраженная интоксикация с адинамией, респираторными и гемодинамическими нарушениями; температура тела около 40 С, частота дыхания — до 40, пульс — более 100 в 1 мин.

## 4. Крайне тяжелая.

Число дыханий — более 40, пульса — более 100 в 1 мин, возможен переход в брадикардию и резкое снижение АД.

Общим признаком клинической картины при пневмонии является лихорадка иногда с ознобом, гиперемия лица, одышка смешанного характера, кашель, сухой затем с мокротой, общая слабость; наблюдаются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, тахикардия, снижение АД.

Пневмонии могут быть не только инфекционной природы, но и вызываться другими факторами: травмы, аспирации, при сердечно-сосудистой недостаточности у пожилых людей. Особое внимание уделяется пневмонии у ВИЧ-инфекционных пациентов, причины которыми являются пневмоцисты.

Распространение возбудителя в легкие может происходить из соседних пораженных органов (абсцесс печени и почек, проникающие ранения грудной клетки).

Пневмококковая пневмония — острое инфекционное заболевание легких, захватывающее целую долю (иногда 2-3 доли) или отдельные ее сегменты (синоним — крупозная пневмония). Начинается остро, внезапно с резкого озноба, повышения температуры тела до 40С, чувства ломоты во всем теле, слабости, разбитости; нарушается сон и аппетит; появляются одышка, кашель, сначала сухой (стадия «прилива», продолжается от нескольких часов до 3 суток), затем с «ржавой», кровянистой мокротой, боль в грудной клетке, усиливающаяся при глубоком дыхании, потливость. При осмотре отмечаются гиперемия щек,

нередко более выраженная на пораженной стороне, цианоз губ, носа, герпес на губах. Дыхание учащено до 40 в минуту, отмечается отставание половины грудной клетки на стороне воспаления.

Вирусные пневмонии возникают обычно во время эпидемий гриппа. При тяжелой гриппозной пневмонии может отмечаться кровохарканье.

Наиболее частой причиной является бактериальная флора, которая сначала внедряется в верхние дыхательные пути, затем проникает в легочную ткань и вызывает воспалительный процесс, иногда переходит в гнойно-воспалительный. Особое внимание уделяют вирусным пневмониям, которые чаще всего возникают на фоне гриппа, эти пневмонии могут быть скоротечными, часто вызывают геморрагический отек легких, который приводит к летальному исходу.

Пневмония у больных с иммунодефицитом-возникают у больных с опухолевыми процессами, с лейкозом, у наркоманов, ВИЧ-инфицированных. Характерно затяжное течение с осложнениями (абсцесс легкого, сепсис, эмпиема плевры).

Стафилококковая пневмония – острое начало, состояние тяжелое, септическое, высокая лихорадка, ознобы, кашель с гнойной мокротой, одышка, часто двустороннее поражение. В легких множественные очаги абсцедирования и деструкции с развитием пневмоторакса, бактериемического шока.

Пневмонии у лиц пожилого возраста. Факторами, предрасполагающими к развитию пневмонии у пожилых являются: острые респираторные инфекции, хроническая сердечная недостаточность, хронические обструктивные заболевания легких, прием лекарственных препаратов, снижающих—иммунную защиту (глюкокортикоиды, цитостатики и др.), гиподинамия. Клинические особенности пневмонии у пожилых:

- отсутствие острого начала, вялое течение;
- отсутствие болевого синдрома;

– отсутствие или слабая выраженность клинических и аускультативных признаков;

– развитие или усиление признаков сердечной и дыхательной недостаточности.

Методы диагностики.

Чтобы диагностировать пневмонию используют разные методы, но самыми частыми из них являются исследование мокроты, биохимический анализ крови и анализ мочи.

Мокрота — патологическое отделяемое из органов дыхания; Состав ее меняется в зависимости от характера поражения, поэтому исследование мокроты имеет большое диагностическое значение. При пневмонии проводят исследования на определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Определяют консистенцию мокроты, запах, цвет, наличие слоев и различные включения (примеси).

Консистенция мокроты бывает вязкой и жидкой, при крупозной пневмонии выделяется вязкая слизистая. Запах свежесделанной мокроты обычно зависит от характера заболевания, цвет мокроты зависит от характера патологического процесса. При крупозной пневмонии мокрота имеет ржавый цвет, примеси. Мокрота может содержать гной, слизь, серозную жидкость. Она бывает слизистой, кровянистой, гнойной, серозной и смешанной.

Отмечаются нейтрофильный лейкоцитоз (до 35000), ускорение СОЭ. Биохимический анализ крови: повышение уровня  $\alpha_2$ —и  $\gamma$ -глобулинов, фибриногена, серомукоида; С-реактивный белок. Общий анализ мочи: белок, цилиндры, иногда свежие эритроциты. В стадии разрешения состояние улучшается, бронхиальное дыхание сменяется везикулярным, вновь может появиться крепитация. Рентгенологическая картина зависит от стадии процесса, уже через день отмечается инфильтрат (очаги затемнения), которые, сливаясь, могут занимать всю долю легкого или отдельные сегменты. В стадии

разрешения гомогенное затемнение постепенно исчезает, но нормальная структура легких восстанавливается только через 3-4 недели. Лихорадка держится 7-11 дней, затем температура снижается (критически или литически).

#### Лечение.

Первые несколько суток больному рекомендован постельный режим, покой, тщательный уход и врачебное наблюдение. Больному необходимо легкое питание, состоящее из витаминизированных продуктов, а также частое, обильное питье. Тяжелобольных пациентов следует чаще поворачивать в постели, чтобы предотвратить застой в легких и облегчить отхождение находящейся в легких мокроты. В обязательном порядке назначают срочное антибактериальное лечение. При наличии крупозной пневмонии назначают внутримышечно и внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия, такие, как цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды. Через трое суток после улучшения состояния, когда нормализуется температура, лечение антибиотиками продолжают до полного выздоровления.

Оценка правильности первичного антимикробного лечения пневмонии проводится через 2-3 суток после её начала. Признаки эффективности выбранного антибактериального средства - снижение высоты лихорадки; уменьшение интоксикации и одышки; улучшение общего самочувствия пациента. Если у больного сохраняется высокая температура тела, не уменьшается интоксикация, ухудшается общее состояние, то данное антимикробное средство признают неэффективным. В таком случае нужно сменить антибиотик, а лечение пациента продолжить в стационаре.

Чтобы снизить симптомы воспаления, устранить боль в грудной клетке, используют противовоспалительные препараты, назначают умеренные дозы парацетамола, с целью снижения температуры тела.

«Для устранения выраженной дыхательной недостаточности, больному проводят ингаляции увлажненным кислородом, назначают дыхательные

аналептики. При необходимости, могут назначить антигистаминные препараты.

Лечение пневмонии в стационаре, как правило, проходит успешно и заканчивается полным выздоровлением больного. Тем не менее, после выписки, пациент должен еще наблюдаться у участкового врача. О полном выздоровлении можно будет говорить по истечении двадцати - тридцати дней. Чтобы симптомы пневмонии не принимали вялотекущий затяжной характер, пациента направляют на ЛФК, рекомендуют курс физиотерапевтических процедур» [8].

В течение всего курса лечения контролировать возможное появление нежелательных эффектов, и при первых же их появлениях сообщить врачу. При применении антибактериальных препаратов, могут быть не только аллергические реакции, но и токсические, о которых должна знать медицинская сестра и вовремя их заметить.

Своевременно и правильно проводить исследования, назначенные врачом, это позволит врачу эффективно проводить коррекцию фармакотерапии. Постоянно контролировать эффективность и безопасность фармакотерапии ЧДД, ЧСС, АД, состояние кожи и слизистых оболочек, своевременно направлять на контрольные исследования, назначенные врачом. Медицинская сестра должна проводить обучающую работу с пациентом направленную на ведение ЗОЖ, отказа от вредных привычек, обязательно убедить больного продолжить лечение в амбулаторных условиях после выписки из стационара. Это позволит исключить возможность осложнений, и добиться наиболее хорошего восстановления. Роль медицинской сестры заключается в своевременном и адекватном оказании качественной медицинской помощи пациенту. Пристальное наблюдение медицинской сестры и хороший уход поможет быстрому выздоровлению пациента.

Чтобы выявить осложнения на начальной стадии развития, следует посещать терапевта в первые полгода 1 раз в 2 месяца, а при наличии показаний

осматриваться у пульмонолога. Раз в полгода нужно сдавать общий анализ крови, при котором определяют уровень лейкоцитов, наличие или отсутствие сдвига в лейкоцитарной формуле, скорость оседания эритроцитов. Повышение перечисленных показателей свидетельствует о наличии в организме какого-то воспалительного процесса и является сигналом к продолжению обследования пациента. Кроме того, раз в полгода необходимо сдавать общий анализ мокроты с целью выявления патологических инфекционных агентов, контроля уровня лейкоцитов. Также раз в полгода нужно выполнять спирографию и флюорографию, чтобы обнаружить возможные патологические изменения в легочной ткани.

Основной метод лечения - этиологический - антибактериальная терапия, эффективность которой во многом зависит от своевременности применения антибиотиков, которое должно быть ранним и в некоторых случаях эмпирическим - до получения результатов бактериологического исследования. При эмпирическом лечении предпочтение отдают антибиотикам, которые активны в отношении широкого спектра бактерий.

Помимо антибактериальных препаратов, широко используют бронхорасширяющие (эуфиллин, беродуал и др.), отхаркивающие (настой подорожника, багульника, мать-и-мачехи, корня солодки и др.), жаропонижающие и противовоспалительные (аспирин, парацетамол и др.), антигистаминные (супрастин, тавегил, и др.), антиоксидантные средства.

Очень важно проводить дезинтоксикационную терапию (пероральную, или парентеральную дезинтоксикацию). А так же симптом лечение это борьба с высокой температурой, кашель и другие симптомы. В течении курса лечения, медицинская сестра контролирует возможность появления нежелательного эффекта.



### 1.3 Реабилитация и профилактика

«Основной задачей реабилитации является возможно более раннее и полное восстановление функции органов дыхания, повышение адаптации к физическим нагрузкам. Проводится в зависимости от тяжести течения заболевания, распространенности воспалительного процесса, характера течения и сопутствующих заболеваний. Она начинается после купирования симптомов интоксикации. Больные пневмонией в остром периоде, как правило, лежат на больном боку. При проведении ЛФК начинают с поиска оптимального положения больного для уменьшения боли и профилактики спаечного процесса. Необходимо рекомендовать пациенту лежать на здоровом боку с валиком под грудной клеткой 3 – 4 часа в день, что улучшит вентиляцию в больном легком и предупредит образование плевральных спаек в реберно-диафрагмальном углу. Положение, лежа на животе с разгрузкой больной стороны уменьшает образование спаек между диафрагмальной плеврой и задней стенкой грудной клетки. В период выздоровления применяются дозированные физические нагрузки, направленные на компенсацию нарушенных функций бронхолегочной системы и дыхательной недостаточности. Эти цели достигаются с помощью лечения положением, применения статических, динамических и специальных дыхательных упражнений, общеукрепляющих физических упражнений, ЛФК, спортивноприкладных упражнений, расширяющих двигательную активность (ходьба, игры, занятия на тренажерах). При улучшении общего состояния и снижения температуры до нормальной или субфебрильной, медицинская сестра по назначению врача проводят статические дыхательные упражнения для усиления вдоха и выдоха. Необходимо научить пациента правильно дышать. Глубокий вдох делать носом, а медленный выдох —ртом, слегка надавливая руками на грудную клетку и верхнюю часть живота для усиления выдоха. На вдохе надо расправлять грудную клетку, включая плечевой пояс. Такие упражнения надо

делать несколько раз в день. По мере улучшения общего состояния включаются упражнения для конечностей и туловища. При переходе на полупостельный режим отдельные упражнения выполняются в исходном положении сидя и стоя, при свободном режиме показана дозированная ходьба» [6].

## Профилактика

Профилактика делится на первичную и вторичную.

Первичная: закаливание организма, предупреждение простудных заболеваний, исключение вредных привычек, рациональное питание, двигательная активность.

Вторичная (диспансеризация): наблюдение за реконвалесцентами после пневмонии с острым течением проводится после выписки 3 раза в течение 6 месяцев (через 1, 3 и 6 месяцев) по второй группе учета (практически здоровые). Обследование включает клинический анализ крови, флюорографию, спирографию, анализ мокроты (общий, через 1 и 6 месяцев), биохимическое исследование крови. Всем пациентам медсестра дает направления на консультацию к ЛОР-врачу и стоматологу. Пациентов на консультацию к пульмонологу направляет только врач. При отсутствии патологических изменений пациент переводится в первую группу учета, при наличии отклонений от нормы он остается во второй группе наблюдения еще 6 месяцев для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий.

«Начальный этап диспансеризации является очень важным периодом, который продолжается от нескольких дней до 1 мес. В течение этого времени реконвалесценты находятся под наблюдением участкового терапевта (пульмонолога)» [4].

## 1.4 Сестринский процесс при пневмонии

В своей работе медицинская сестра руководствуется положением о лечебно– профилактическом учреждении, отделении, должностной инструкцией, настоящим положением, законодательными и нормативными документами Российской Федерации по вопросам здоровья населения, а также распоряжениями и указаниями вышестоящих органов и должностных лиц.

Задача медицинских сестёр заключается в том, чтобы своевременно выполнять свою профессиональную деятельность, оказывать квалифицированный сестринский уход, основываясь на свои компетенции. А также оформлять пациента на диспансерный учёт и информировать о проведении профилактических мероприятий [9 с. 32].

Уход за больными – основополагающая часть работы среднего медицинского персонала. Благодаря этому движется продуктивность процесса лечения во время течения заболевания. Во время работы медицинская сестра чётко соблюдает предписания и назначения врача, тем самым ускоряя процесс реабилитации больного.

При поступлении пациентов в стационар медицинская сестра контролирует качество санитарной обработки, проверяет наличие справок и удостоверение личности, сопровождает больного до палаты, при необходимости можно использовать медицинскую каталку или кресло – коляску.

Особенность сестринского ухода за больными пневмонией заключается в организации рационального режима дня и питания, борьбой с кислородной недостаточностью, в санитарно-эпидемиологическом режиме, в контроле приёма кисломолочных смесей для предотвращения дисбактериоза и во многом другом.

Зависимые сестринские вмешательства включают:

1. Гарантирование употребления лекарственных средств.

2. Осуществление инфузий, вне зависимости от того, какова проблема.
3. Контроль над состоянием пациента после того как будут осуществлены инъекций и употреблены все лекарственные средства.

Комплекс независимых сестринских вмешательств включает:

1. Информирование пациента, получение его согласия, понимание пациентом важности и необходимости назначенного врачом исследования, порядок выполнения исследования.
2. Особенности водно-пищевого режима обследуемого.
3. Инфекционная безопасность пациента и медицинского персонала.

Медсестра информирует пациента о принципах самоухода, личной и общей гигиены, целесообразности лабораторных исследований, особенностях лечебных и реабилитационных мероприятий. Она обучает его правильно измерять температуру тела, что необходимо при лихорадке каждые 3 часа с последующей записью в истории болезни.

Во время лихорадки пациенту следует употреблять около 2 литров жидкости в виде теплого чая, морса, минеральной воды. Пациент с высокой температурой нуждается в постоянном наблюдении за общим состоянием, контролем температуры тела, состоянием артериального давления, и ритмичностью пульса.

Сестринский уход включает в себя создание и поддержание комфортных условий, строгий контроль за соблюдением постельного режима в палатах. Медицинская сестра обучает пациента сборе мокроты и предоставляет баночку с небольшим количеством дезинфицирующего средства с плотно закрывающейся крышкой.

## **ГЛАВА 2. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ПНЕВМОНИЯХ**

### **2.1. Методика исследования**

Городская больница №2 Белгорода была открыта в 1975 году и сегодня является одним из ведущих многопрофильных медучреждений города по оказанию экстренной и плановой специализированной помощи взрослому населению. В составе ГБ №2 функционирует поликлиника №7 (с дневным стационаром) и круглосуточный стационар, в котором развернуто 15 специализированных отделений, 6 диагностических и вспомогательных служб.

Были опрошены респонденты пульмонологического отделения. Всего опрошено 34 человека. В опросе участвовали 15 женщин и 19 мужчин, средний возраст составлял от 33 до 45 лет.

Респондентам была предложена анкета, которая состояла из 13 вопросов (Приложение 1), которая была направлена на социологическое исследование, определение деятельности медицинской сестры при пневмонии.

Таким образом, мы получили согласия респондентов на проведение анкетирования, они должны были отвечать самостоятельно на вопросы которые были поставлены.

Обработка результатов проводилась в программе MicrosoftOffice по каждому вопросу анкеты с использованием расчета среднего значения, вычисление процентных данных.

### **2.2. Социологическое исследование роли медицинской сестры при профилактике пневмонии**

Респондентам были розданы, анонимные индивидуальные тесты, в которых они должны были честно отвечать на поставленные вопросы. Пациенты были распределены по гендерному признаку. В связи с этим было выяснено что из 34 опрошенных, большую их часть составляли мужчины, 56% (19 человек), и 44% (15 человек) составляли женщины, из чего можно сделать вывод, что пневмонией в большей степени подвержены мужчины, чем женщины (Рис 3).

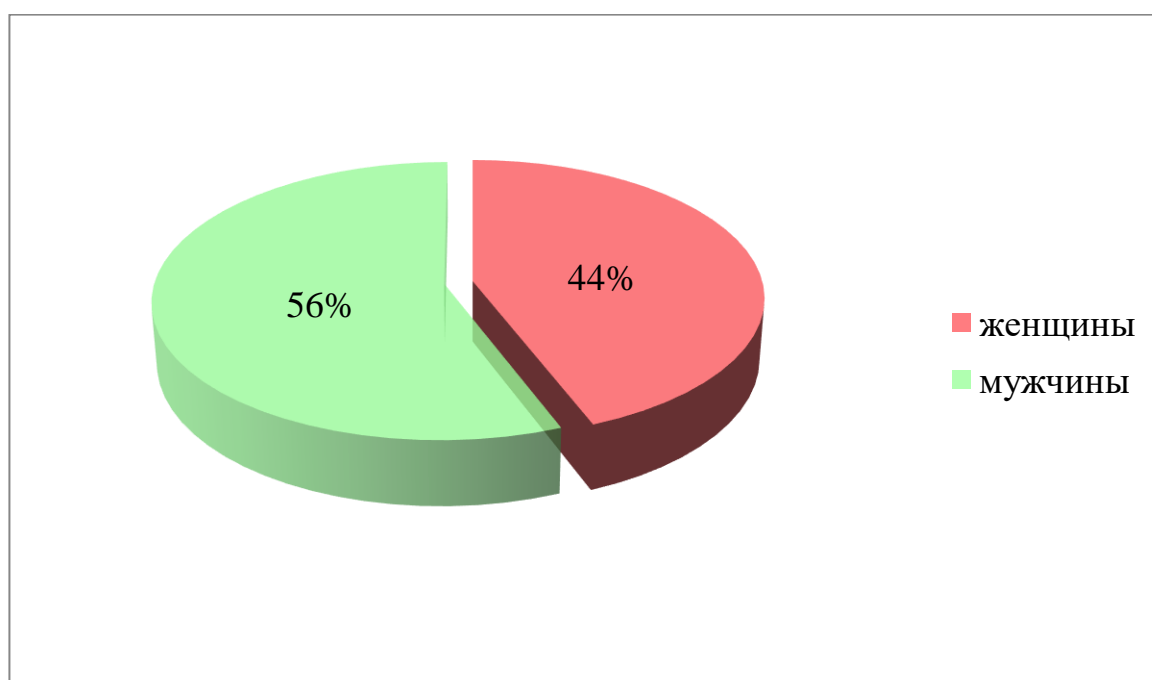


Рис.3. Распределение по гендерному признаку.

Из 34 опрошенных было выяснено, что возраст 21% составляет от 18 до 30 (7 человек), 41% это люди, чей возраст составляет от 35 до 40 (14 человек), 26% от 45 до 60 (9 человек), и люди старше 60 12% (4 человека). Исходя из этого, можно сделать вывод, что пневмонией чаще всего подвержены люди, чей возраст составляет от 35 до 40 (Рис.4).

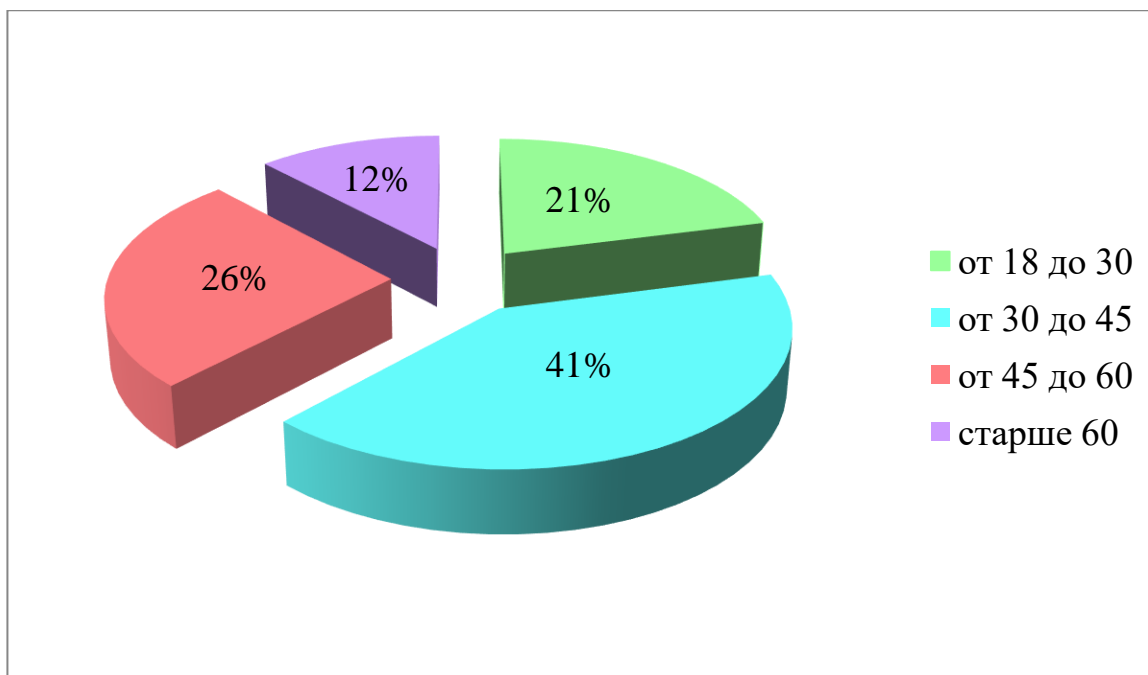


Рис.4. Возраст респондентов

Из следующего вопроса мы выяснили, что, 65% опрошенных нами (22 человека), проживают в городе, а 35% (12 человек), в сельской местности. Из чего можно сделать вывод, люди, которые проживают в городе более подвержены этому заболеванию, чем те, которые проживают в сельской местности (Рис 5).

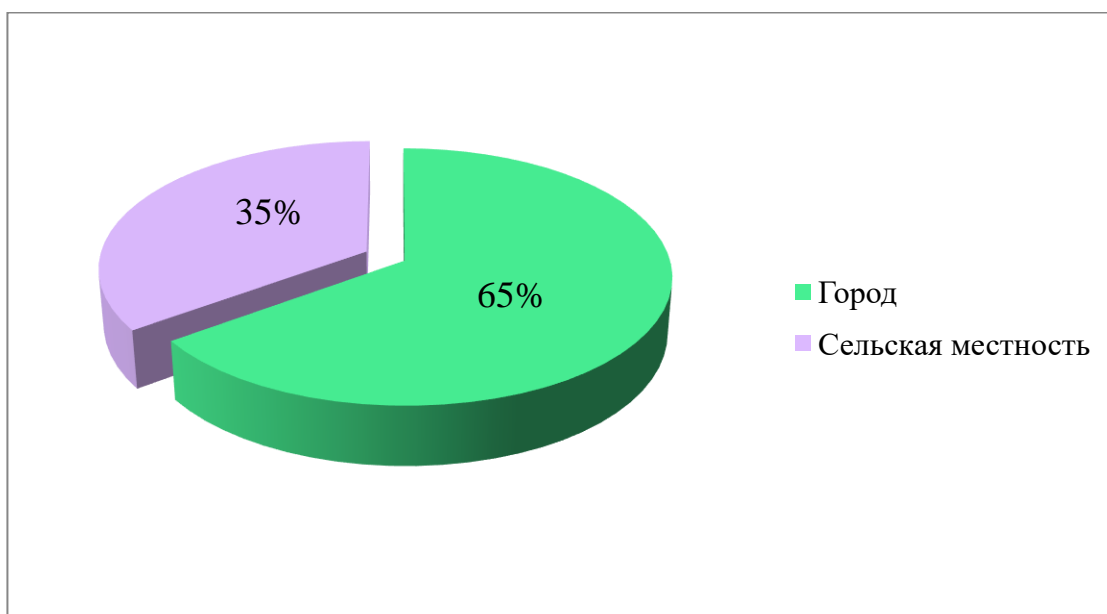


Рис.5. Место проживания респондента.

Проанализировав данные полученные из следующего вопроса, можно выяснить, что 74% опрошенных (25 человек), болеют пневмонией впервые, а 26% (9 человек), уже были подвержены этому заболеванию в прошлом (Рис 6).

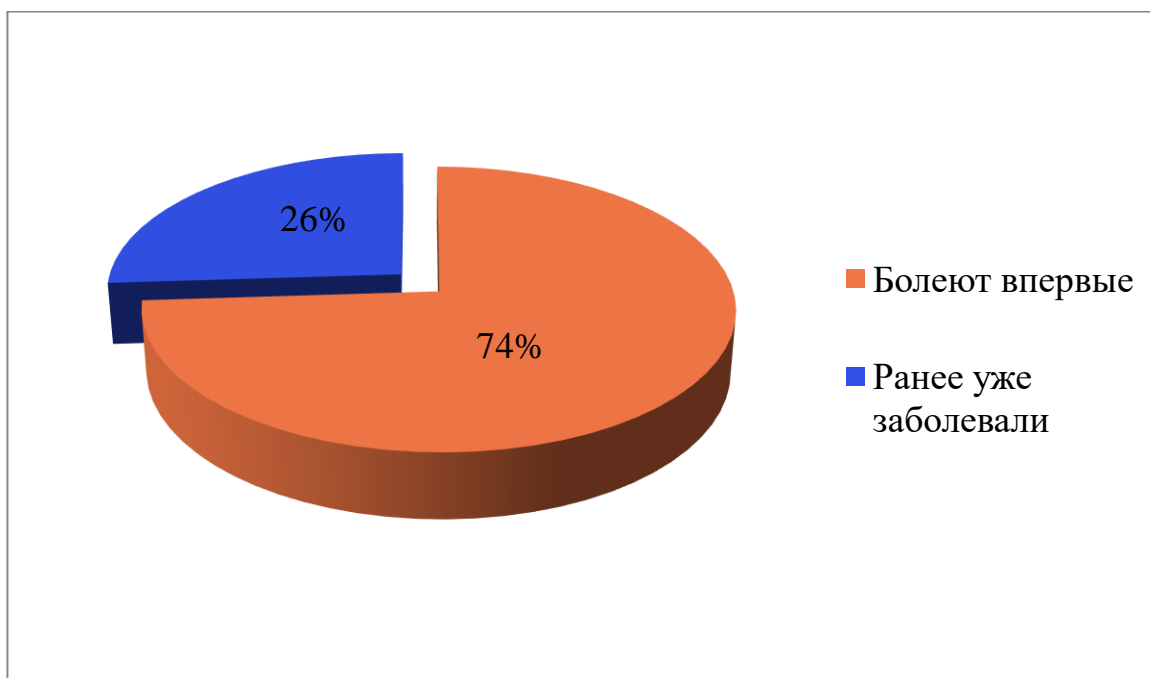


Рис.6. Частота заболевания респондентов.

Проанализировав данные полученные из следующего вопроса, мы узнали, что, 10% человек, считают это заболевание наследственным, 75% (26 человек), не считают пневмонию наследственным заболеванием, а 15% (5 человек), затрудняются ответить на этот вопрос (Рис 7).



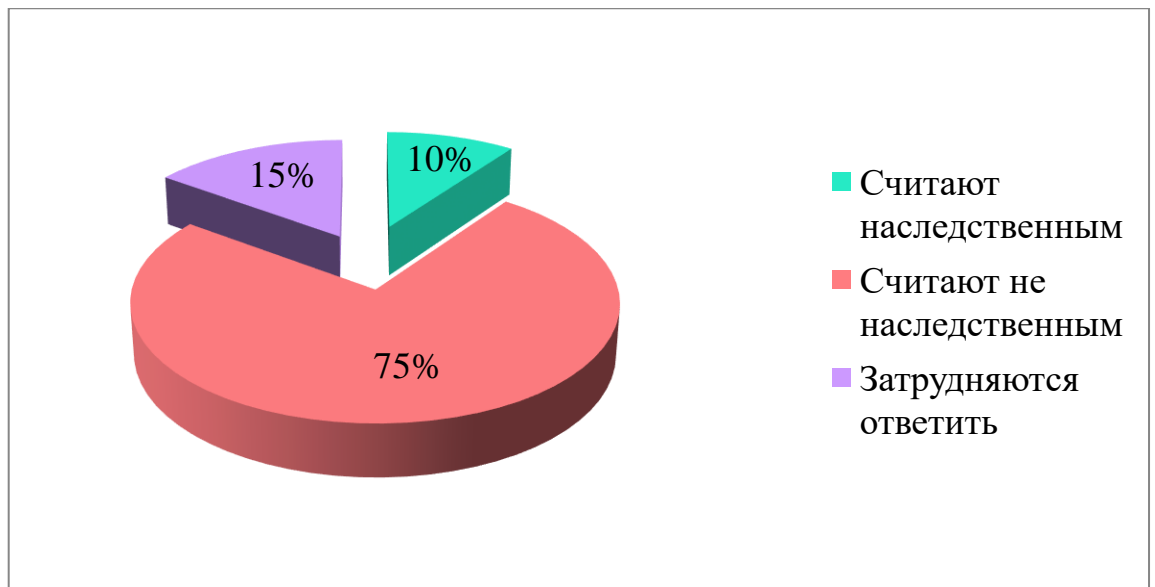


Рис.7. Считает ли респондент пневмонию наследственным.

Следующий вопрос был связан с факторами которые могут вызвать пневмонию, из ответов респондентов мы узнали, что 40% (14 человек) считает что главной причиной возникновения пневмонии, является употребление табачных изделий, 14% (5 человек), считают что это профессиональные вредности, 36% (12 человек), что инфекции, и 10% (3 человека) что плохая экология (Рис 8).

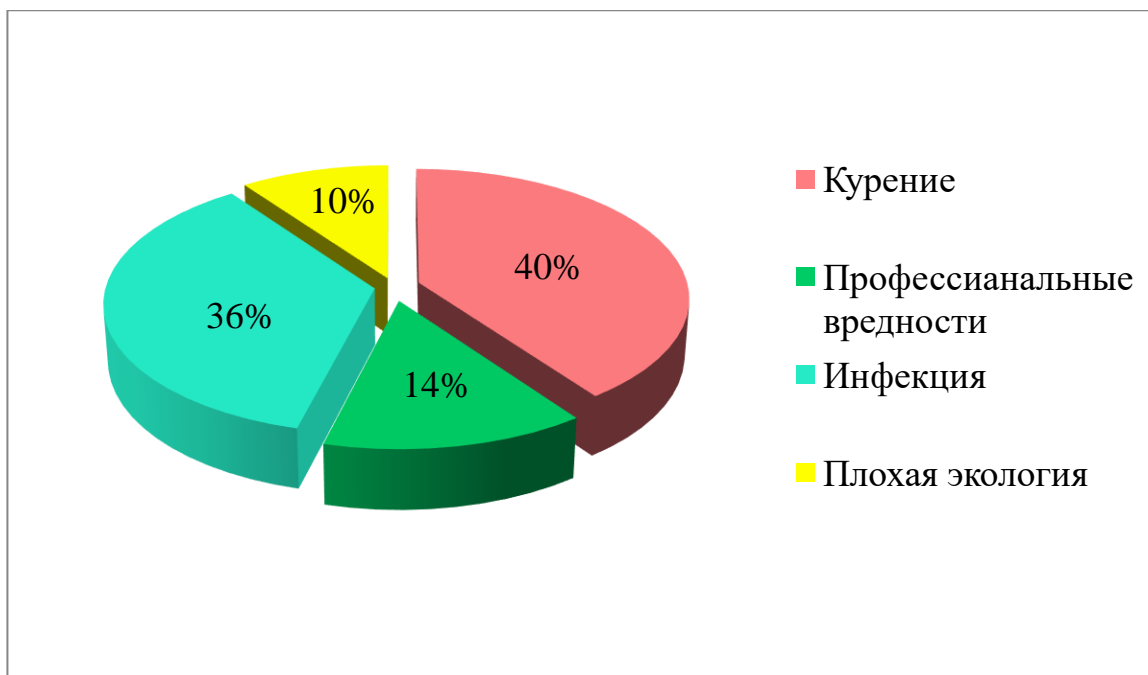


Рис.8. Факторы способствующие заболеванию пневмонией.

Исходя из данных, которые мы получили, мы выяснили, что из 34 опрошенных- 50%(17 человек) употребляют табачные изделия, 15% (5 человек) страдают от первой стадии алкоголизма, а остальные 32% (12 человек), не имеют вредных привычек. Из сего можно сделать вывод, что главной проблемой при заболевании легких в нашей стране, является табако курение (Рис 9).

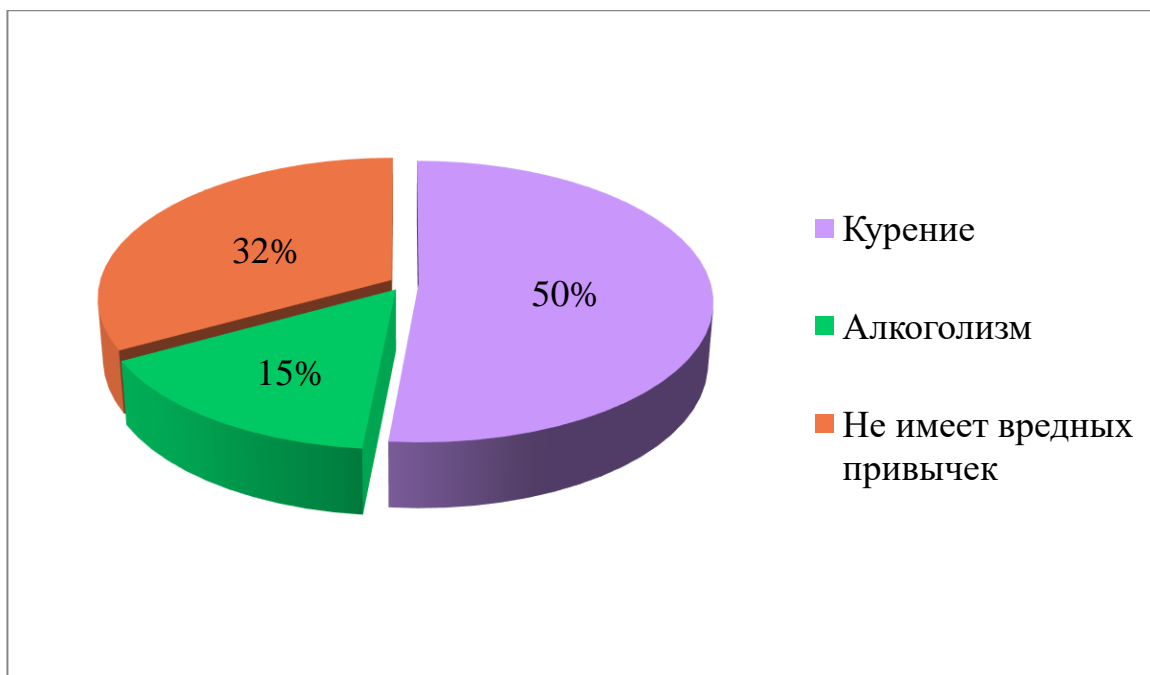


Рис.9. Имеет ли пациент вредные привычки.

Респондентам был задан вопрос касательно иммунопрофилактики (вакцинации), проанализировав данные, которые мы получили во время анкетирования, можно сделать вывод, из 34 опрошенных, только 40% опрошенных (14 человек), сделали прививку от гриппа, вакцину от пневмококковой инфекции приняли около 3% (1 человек), оставшиеся 57% (19 человек), добровольно отказались от прохождения профилактической процедуры (Рис 10).

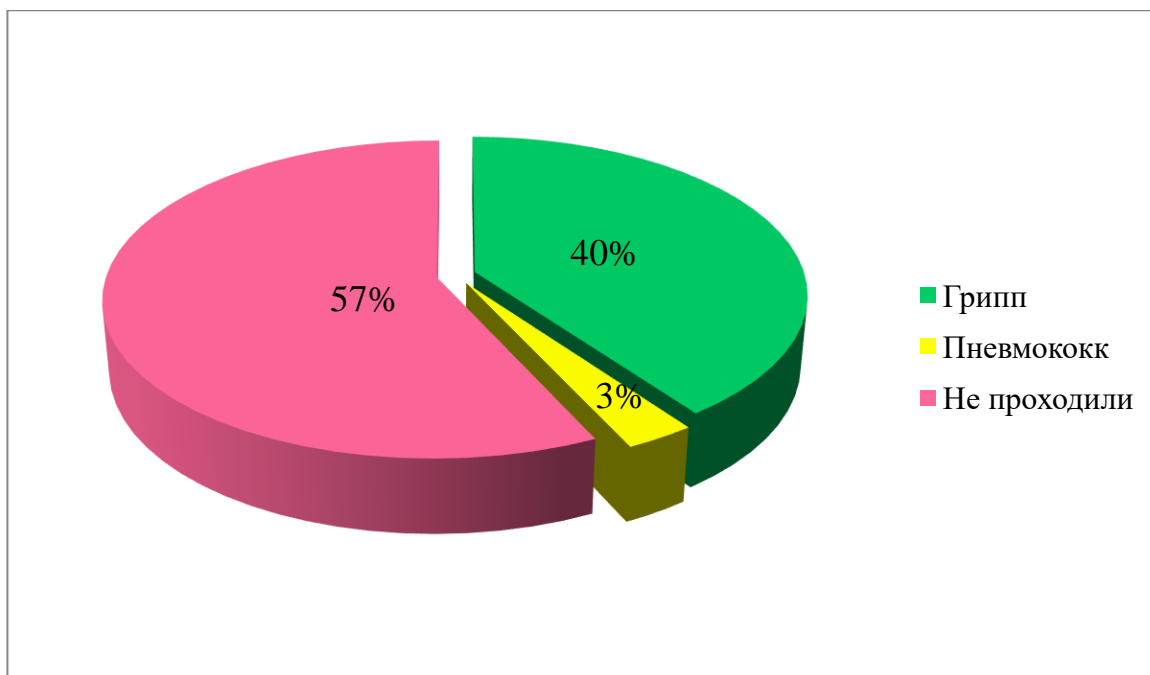


Рис.10. Проходил ли респондент иммунопрофилактику.

Ответы на следующие вопросы мы брали со слов самих пациентов, вопрос заключался в том, получал ли пациент от медицинской сестры информацию, о здоровом образе жизни (закаливании, умеренных физических нагрузках, правильном питании). Из полученных данных мы узнали, что, 90% опрошенных получали подобную информацию от медицинского работника, 10%, эту информацию не получали (Рис 11).

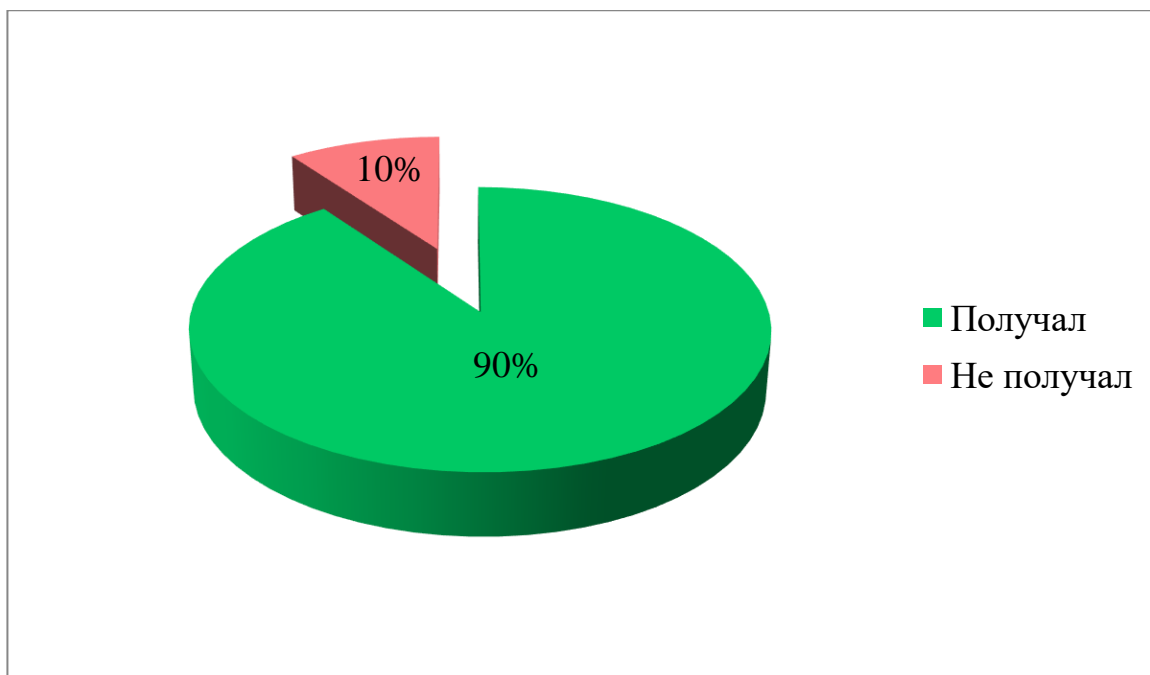


Рис.11. Получал ли пациент информацию от медицинской сестры о здоровом образе жизни.

Из ответов на следующий вопрос мы узнали, что 65%(22 человека), посещают Школу здоровья и выполняют назначения, которые им приписывает врач, остальные 35% (12 человек), Школу здоровья ни разу не посещали (Рис 12).

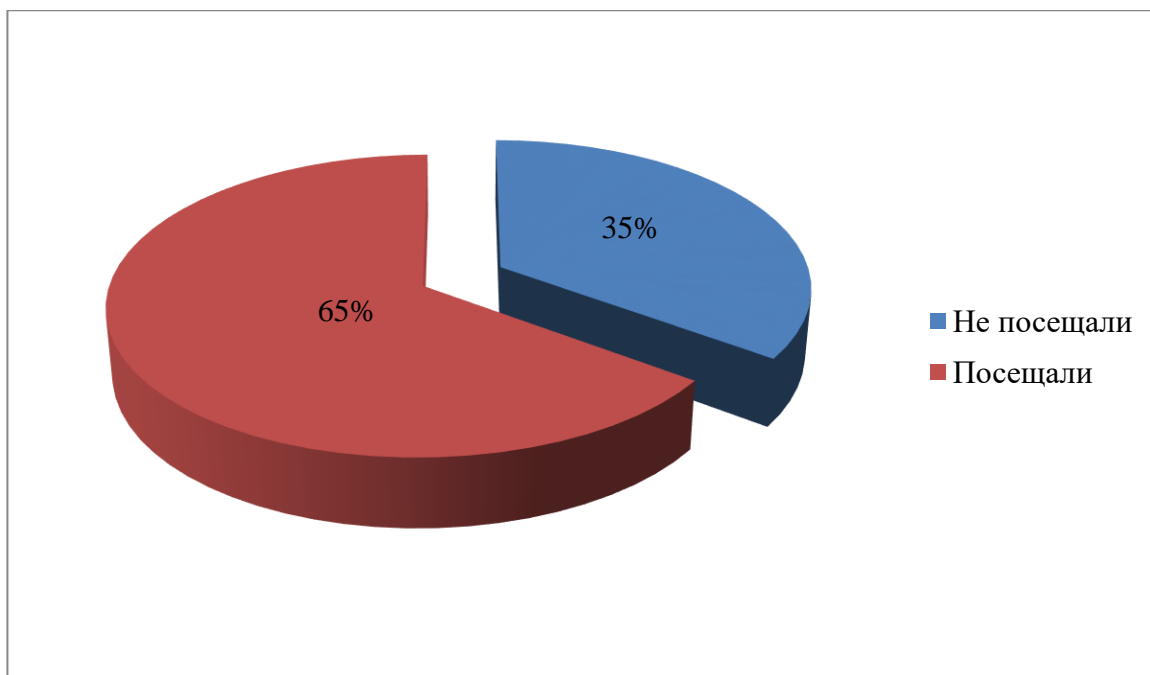


Рис.12. Посещали ли пациенты Школу здоровья.

Из следующего вопроса мы узнавали, принимали ли медсестры непосредственное участие в проведении занятий в школе здоровья. С помощью каких средств получения информации это проводилось. Проанализировав ответы респондентов, мы выяснили, что 41% людей (14 человек), получали информацию с помощью санбюллети, 20% (7 человек), с помощью памятки, а 39% (13 человек), с помощью профилактической беседы. Из чего можно сделать вывод, медицинские сестры принимают активное участие в проведении занятий, а так же профилактических бесед (Рис 13).

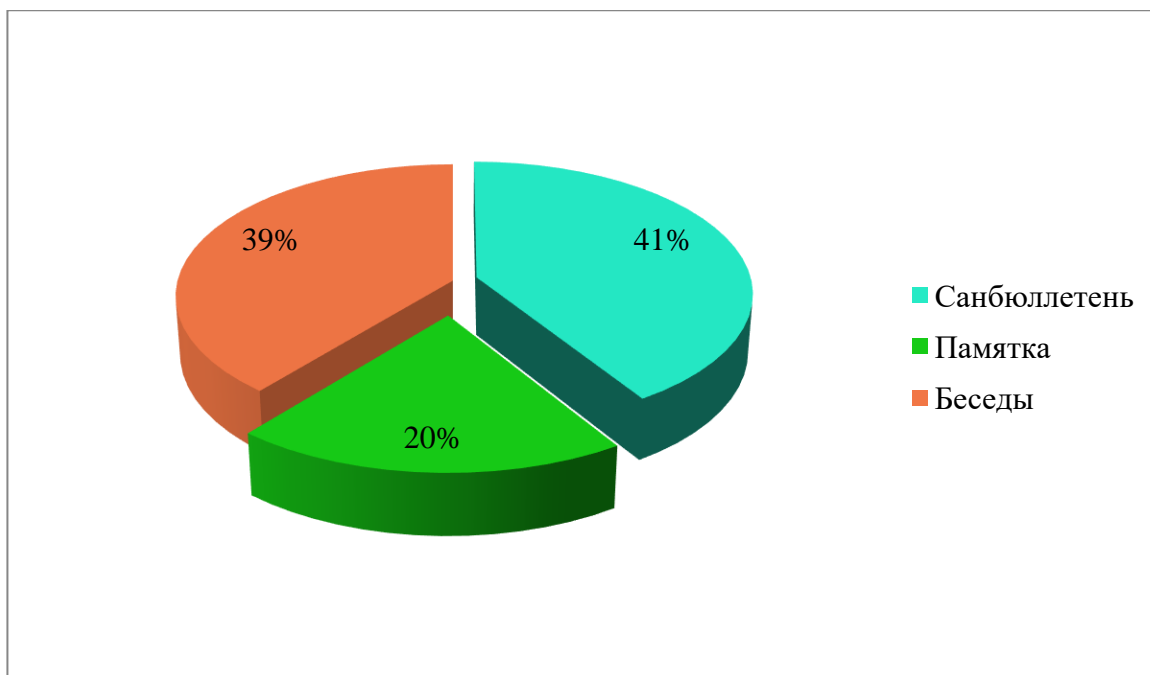


Рис. 13. Участие медицинской сестры в проведении занятий в школе здоровья.

Ответ на этот вопрос мы получали у самих респондентов. Как именно отражена роль медицинской сестры при профилактике пневмонии. Из проанализированных ответов мы узнали, медицинская сестра принимает непосредственное участие в проведении профилактических мероприятиях при пневмонии, соблюдение масочного режима, контроль санитарно гигиенического режима в палатах, контролирует этапность заполнения палат по срокам заболевания, а так же контролирует выполнение врачебных назначений (Рис 14).

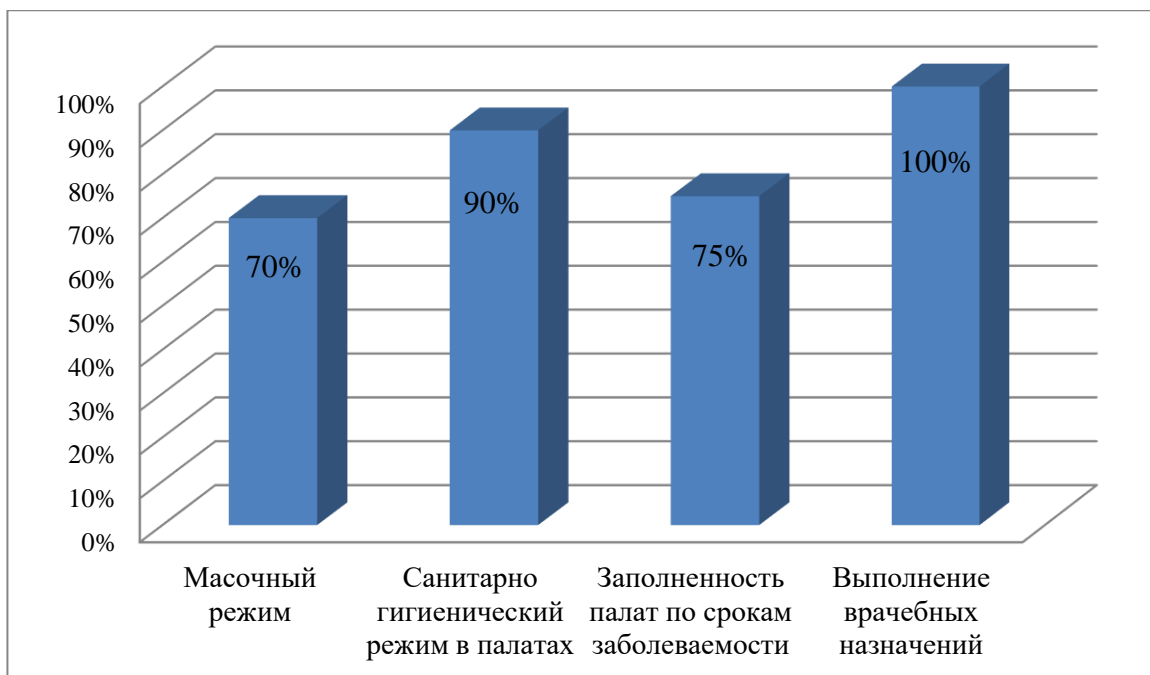


Рис.14. Роль медицинской сестры в профилактике осложнений пневмонии

Из данных, которые нам предоставили пациенты отвечая на следующий вопрос, мы выяснили. Медицинская сестра достаточно чутко относится ко всем просьбам и проблемам пациента, она, выполняя свой профессиональный долг, решает проблемы и просьбы пациентов. Из-за большой загруженности, с которой сталкивается медицинская сестра во время смены, не всегда это получается своевременно (Рис 15).



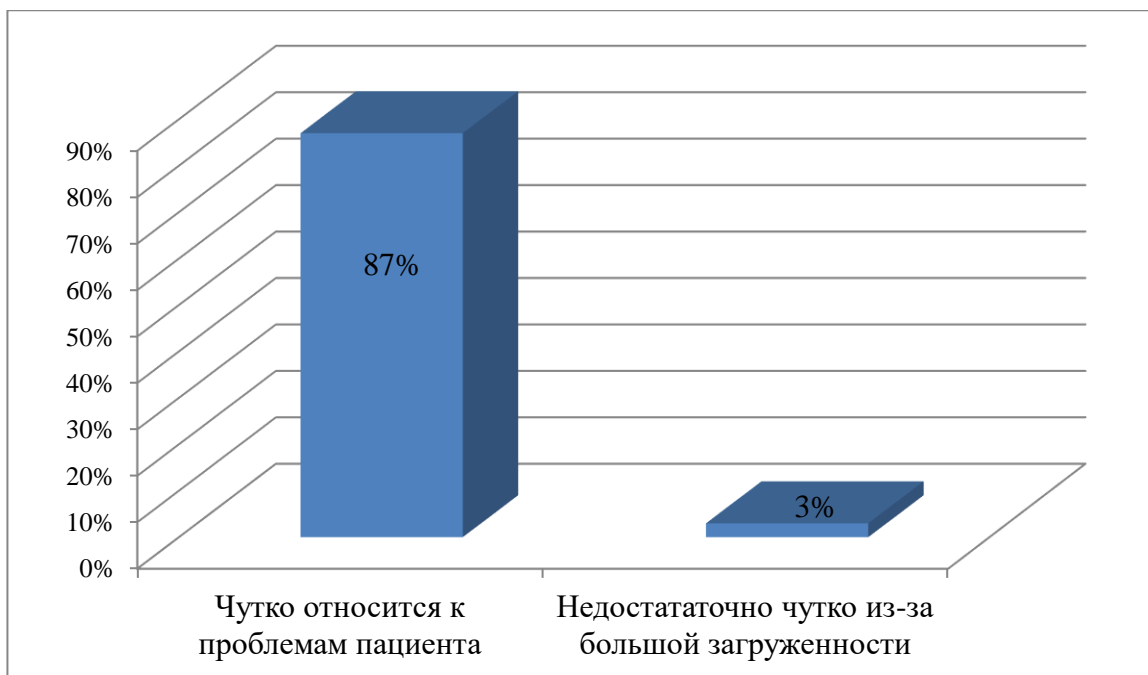


Рис.15. Всегда ли медицинская сестра чутко относится к проблемам пациента

### Рекомендации

Пневмония – это опасное инфекционное заболевание, которое поражает дыхательную систему. При этой болезни очень высока смертность, так как невозможно предсказать, как поведет себя болезнь. Именно поэтому важно выполнять назначения врача и вовремя принимать лекарства. Когда врач назначает лечение, медицинская следит за тем, чтобы все назначения выполнялись. Таким образом, сестринский процесс при пневмонии направлен на уход за больным и контроль его самочувствия.

Измеряет температуру тела у больных и заносит данные измерения в температурный лист, производит подсчет частоты пульса и дыхания, суточного количества мочи и мокроты, проводит антропометрию больного, участвует в обходе врача, информирует его о состоянии больных и выполнении ими режима. А так же медицинская сестра собирает биологический материал чтобы направить его в лабораторию, готовит пациентов к различным исследованиям и сопровождает их в диагностические кабинеты.

Для профилактики инфицирования окружающих, медицинская сестра учит пациента как правильно собирать мокроту, а так же просит пациента стараться не кашлять в присутствии здоровых людей, если этого не удастся сделать то прикрывать рот платком.

При правильной организации сестринского процесса, пневмонию можно вылечить в достаточно быстрые сроки, но самостоятельно назначать лекарства или корректировать организацию лечения, медицинская сестра не имеет права, все изменения в лечении назначаются врачом, а медицинская сестра их выполняет.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пневмония, это болезнь 21-го века, она стоит на четвертом месте по заболеваемости и по смертности, и это, не под каким предлогом нельзя игнорировать. Этой болезни подвержены все возрастные категории нашей страны. Это заболевание можно избежать, если соблюдать простые правила, вести здоровый образ жизни, а именно, заниматься умеренной физической нагрузкой, правильно питаться, закаляться, не употреблять алкоголь и не курить. Медицинские сестры, так же играют не последнюю роль в профилактике пневмонии, мы должны рассказывать, объяснять, а если нужно и показывать все пути профилактики пневмонии. Пациент должен знать о своем заболевании, и должен знать о том, как с этим заболеванием бороться, а так приобретать навыки здорового образа жизни. Медицинские сестры, должны информировать пациентов и обучать правильному поведению в сохранении своего здоровья.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум / Н.В. Барыкина, О.В.Чернова; под ред. Б.К.Кабарухина. - Ростов н/Д.: Феникс, 2014. - 362с.
2. Глухов А.А., Основы ухода за хирургическими больными : учебное пособие / Глухов А.А., Андреев А.А., Болотских В.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 288с.
3. Двойников С.И., Младшая медицинская сестра по уходу за больными: учебник / С. И. Двойников, С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 512 с.
4. Казанцев В.А., Внебольничная пневмония / В.А. Казанцев - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 112 с.
5. Лычев В. Г., Карманов В. К. Сестринское дело в терапии. Скурсом первичной медицинской помощи: учебное пособие. —2-е изд., перераб., испр. и доп. -М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2016. —332с
6. Матвейчик Т.В., Теория сестринского дела: учеб. пособие / Т.В. Матвейчик, Е.М. Тищенко - Минск : Выш. шк., 2016. - 366 с.
7. Обуховец Т.П., Основы сестринского дела: практикум / Т.П. Обуховец - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 603 с.
8. Ослопов В.Н., Общий уход за больными терапевтического профиля: учеб. пос. / Ослопов В. Н., Богоявленская О. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с.
9. Смолева Э.В., Сестринский уход в терапии: МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях / Смолева Э.В.; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 365 с.
10. Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с.

11. . Сединкина Р.Г., Сестринская помощь при заболеваниях органов дыхания / Р.Г. Сединкина, Е.Р. Демидова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 432 с.

12. Пульмонология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 800 с.

13. Справочник: сестринское дело /Сост. Т.С.Щербакова. - Изд. 10-е, стер. - Ростов н/Д: Феникс, 2014.- 601 с.

14. Госпитальная терапия: в 5 ч.: Ч.2: Пульмонология: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности 31.05.01. Лечебное дело / Н.Н. Никулина, Е.В. Филиппов, И.В. Буданова; под. ред. профессора С.С. Якушина - Рязань: ООП УИТТиОП, 2018. - [http://client.studentlibrary.ru/book/ryazgmu\\_024.html](http://client.studentlibrary.ru/book/ryazgmu_024.html)

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

**Анкета**

1. Укажите Ваш пол:
  - А) Женский;
  - Б) Мужской.
2. Укажите ваш возраст:
  - А) 18-30 лет;
  - Б) 30-45 лет;
  - В) 45-60 лет;
  - Г) Более 60 лет.
3. Укажите место вашего проживания:
  - А) Город;
  - Б) Сельская местность.
4. Болели ли вы пневмонией раньше?
  - А) Да;
  - Б) Нет.
5. Считаете ли вы пневмонию наследственным заболеванием:
  - А) Да;
  - Б) Нет;
  - В) Затрудняюсь ответить.
6. Какие факторы способствуют заболеванию легких:
  - А) Профессиональные вредности;
  - Б) Курение;
  - В) Инфекции;
  - Г) Плохая экология.
7. Имеете ли вы вредную привычку:
  - А) Курение;
  - Б) Алкоголизм;
  - В) Не имею вредных привычек.

8. Проходили ли вы иммунопрофилактику (вакцинацию) от гриппа или пневмококковой инфекции:

- А) Да, грипп;
- Б) Да, пневмококк;
- В) Нет, не проходили.

9. Получали ли вы информацию от медицинской сестры, о здоровом образе жизни:

- А) Да;
- Б) Нет.

10. Посещаете ли вы школу здоровья:

- А) Посещаю;
- Б) Не посещаю.

11. Участвовала медицинская сестра в проведении занятий в школе здоровья:

- А) Да;
- Б) Нет.

12. Участвовала ли медицинская сестра в профилактике осложнений при пневмонии:

- А) Да;
- Б) Нет.

13. Всегда ли чутко медицинская сестра относилась к проблемам пациента:

- А) Да;
- Б) Нет.



