

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

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ
ПНЕВМОНИИ**

Дипломная работа студента

**очно-заочной формы обучения
специальность 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051581
Цыбульниковой Аллы Васильевны**

Научный руководитель:
Преподаватель
Беляева Л.Н.

Рецензент:
Главная медицинская сестра ОГБУЗ
«Шебекинская ЦРБ»
Криковцова В.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ПНЕВМОНИЙ ...	6
1.1. Понятие, этиология, патогенез заболевания.....	6
1.2. Особенности клинического течения заболевания.....	8
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ	21
2.2. Анализ деятельности медицинской сестры терапевтического отделения.....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
ПРИЛОЖЕНИЕ	38

ВВЕДЕНИЕ

Одним из распространённых органов дыхания является пневмония. С каждым десятилетием ее течение усугубляется, потому что появляются больше штаммов вирулентных микроорганизмов, появляются много новых возбудителей данного заболевания. Действие антибактериальных препаратов снижается, а летальность увеличивается. Каждый год в России регистрируется 1,5 случаев пневмонии. Так как часто не доценивают состояние тяжести больного, то часто это заболевание протекает с осложнениями, поэтому данная патология является одной из главных проблем в РФ.

По данным ОГКУЗ особого типа «Медицинский информационно - аналитический центр» города Белгорода за 2017 год по Белгородской области абсолютное число заболевших пневмонии составило 4370. Особенно большие показатели наблюдаются в Старооскольском районе (980), в городе Белгороде (450), в Губкинском районе (435) и в Белгородском районе (341).

Впервые о воспалении легких упоминается в трудах древнеримского целителя Цельса. Также свои суждения о воспалениях органов дыхания высказывал древнегреческий целитель Гиппократ, как о заболевании всего организма. В те времена чтобы вылечить это заболевание проводили кровопускание, что естественно увеличивало смертность. В Англии доктор Томас Виллис еще в 1684 году выделял основные симптомы пневмонии, такие как температура тела, кашель, одышка, мокрота, лихорадка. Аускультативную картину заболевания описал английский врач Лаэнком в 1830 году. Он выделил несколько форм данного заболевания, таких как крупозная пневмония, долевая пневмония и бронхопневмония. Инфекционный характер пневмонии подтвердился в конце 19 века после того как были открыты гемофильные палочки риккетсии. Вследствии новых открытий учеными были разработаны квалификация болезней, вместе с тем определились новые методы лечения.

Изучать данное заболевание необходимо, потому что его исход и трудоспособность больных зависит не только от диагностики и проведенного

лечения, и от правильного организованной сестринской помощи при уходе за больными. При уходе за больными медицинская сестра должна обладать навыками компетентность, профессионализм, коммуникабельность.

Тема: Профилактическая деятельность медицинской сестры при пневмонии.

Цель: определение этапов организации, методов и приемов сестринской помощи по уходу при пневмониях.

Задачи исследования:

1. Изучить медицинскую и научно-методическую литературу по заданной теме.
2. Раскрыть сущность понятия «пневмонии», рассмотреть этиологию и патогенез.
3. Изучить клинические проявления, диагностику, принципы лечения, оказания первой и неотложной помощи при пневмонии.
4. Рассмотреть процесс организации сестринской помощи за пациентами с пневмониями.
5. Выявить эффективность использования методов ухода с пневмониями.

Объект: организация сестринского ухода при пневмониях.

Предмет: проблемы организации профессиональной деятельности медицинской сестры за пациентами с пневмониями.

Методы исследования, используемые в работе:

- анализ научной медицинской и методической литературы по теме;
- диагностический метод (тестирование, анкетирование);
- метод математической обработки полученных данных;
- социологический метод.

Гипотеза. Предполагается, что мероприятия по уходу за пациентами с пневмониями способствуют их скорейшему выздоровлению, а также благотворно отразятся на организме в целом.

Теоретическая значимость исследования заключается в подробном анализе медицинской литературы по пневмониям взрослого населения и выявлению форм и методов работы с пациентами при данной патологии. Также представлены, разработаны и обоснованы предложения по помощи в оздоровлении взрослого населения.

Практическая значимость исследования заключается в том, что были составлены наиболее эффективные рекомендации по повышению мер профилактики среди взрослого населения с заболеваниями органов дыхания. Данная программа профилактики в дальнейшем может использоваться в образовательных учреждениях медицинскими сестрами.

Работа состоит из: введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ ПНЕВМОНИЙ

1.1. Понятие, этиология, патогенез и диагностика заболевания

Пневмония – острое инфекционное заболевание нижних дыхательных путей с вовлечением всех структурных элементов легочной ткани и обязательным поражением альвеол [4, с.33].

Выделяют внебольничные («домашние») и внутри больничные («госпитальные») пневмонии. Первые характеризуются относительно благоприятным течением и редкими осложнениями, хорошо лечатся антибактериальными средствами в домашних условиях и в большинстве случаев не требуют госпитализации. Внутрибольничные пневмонии возникают, как правило, на фоне достаточно серьезного основного заболевания, имеют тяжелое течение с выраженными симптомами интоксикации, трудно диагностируются, нередко дают осложнения с летальным исходом.

В зависимости от тяжести пневмонию подразделяют на легкую, средней тяжести и тяжелую, которая может быть острой и затяжной – соответственно менее или более 4 недель.

К этиологическим факторам (возбудителям) заболевания относятся бактерии, вирусы, грибы, риккетсии и микоплазмы. Перечень бактериальных агентов выглядит следующим образом: стрептококки, стафилококки, в том числе золотистый, пневмококки, клебсиелла, реже – пневмобацилла Фридлендера, синегнойная и кишечная палочка. Возможны полиэтиологические (полимикробные) пневмонии.

Распространение возбудителя происходит преимущественно бронхиальным путем, в том числе при аспирации (заглатывании) рвотных масс и инородных тел тяжелыми лежачими больными, реже – по кровеносным и лимфатическим сосудам. Благоприятный фон развития пневмонии создают воспалительные процессы в бронхах, обусловленные гриппом и острыми респираторными

вирусными инфекциями, снижение защитных (иммунных) сил организма из – за сопутствующих, иногда – тяжелых и множественных заболеваний (у пожилых больных). К факторам, предрасполагающим к пневмонии, относятся злоупотребление алкоголем, недостаточное питание, переохлаждение, применение наркоза, цитостатических и снотворных лекарственных средств.

В этиологии пневмонии причиной развития воспалительного процесса в легких могут быть несколько видов антигенов:

патогенные микроорганизмы (стафилококки, стрептококк и пневмококки, кишечная палочка); вирусы (гриппа, аденовирусы и др.); микоплазма; паразиты (пневмоцисты); патогенные грибы (кандиды).

Нередко при пневмонии обнаруживается смешанная флора: бактериальная, вирусно-бактериальная и другие сочетания [4, с. 45].

В развитии пневмонии ведущая роль принадлежит нарушению бронхиальной проходимости и ослаблению механизма защиты легких. Как правило, пневмония развивается на 4-7 день после начала ОРВИ, так как вирусы подготавливают дыхательный тракт для попадания бактериальной флоры. Вирусы, попадая на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, разрыхляют ее, снижают ее сопротивляемость, ослабляют организм в целом, что создает благоприятную почву для внедрения бактериальной флоры. В результате этого инфекционный агент легко достигает терминальных бронхиол и альвеол, проникает в паренхиму легких и вызывает воспалительные изменения. Недостаточная вентиляция легких и нарушение перфузии газов приводят к изменению газового состава крови с развитием гипоксемии и гипоксии. Гипоксия и токсическое воздействие инфекционных агентов нарушают функцию ЦНС, сердечно-сосудистой и других систем, способствуя развитию ацидоза и усилению гипоксии. Нарушаются все виды обмена, снижается клеточный и гуморальный иммунитет.

1.2. Особенности клинического течения заболевания

Изучив медицинскую литературу, мы определили особенности клинического течения заболеваний взрослого населения.

В основу классификации положена рентгенологическая картина:

1. В зависимости от объема поражения пневмония делится: очаговую; сегментарную; крупозную; интерстициальную.
2. По характеру течения различают: острую (до 2 месяцев); затяжную (от 2 до 8 месяцев); хроническую (свыше 8 месяцев)
3. По степени тяжести: осложненную; неосложненную.
4. По степени тяжести: легкую; среднетяжелую; тяжелую.

Очаговая бронхопневмония является наиболее частой формой пневмонии. Воспалительный процесс захватывает участки легочной ткани размером не менее 0,5-0,7см. Мелкие множественные очаги инфильтрации могут сливаться. Такая очагово-сливная пневмония протекает тяжело и склонна к деструкции. Заболевание развивается, как правило, на 5-7 день ОРВИ.

Сегментарная пневмония встречается у населения всех возрастов и характеризуется поражением одного или нескольких сегментов. Клиническая картина такая же, как при очаговой пневмонии, и зависит от локализации и обширности поражения. Сегментарные пневмонии склонны к затяжному течению, что связано с нарушением вентиляции сегмента.

Крупозная (лобарная) пневмония встречается относительно редко, чаще у детей школьного возраста. Характеризуется бурным, внезапным началом, сопровождается

Деструктивная пневмония – острое гнойное поражение легких и плевры. Способствуют возникновению пневмонии неблагоприятная

эпидемиологическая обстановка, факторы высокого инфицирования взрослого населения».

Заболевание характеризуется ранним абсцедированием, образованием в ткани легкого воздушных полостей, быстрым прорывом воспалительного очага в плевру и возникновением пиопневмоторакса. Течение заболевания бурное, с быстрым прогрессированием.

В своей работе мы опирались на классификацию пневмоний (А.В. Сумарокова).

Основные синдромы пневмонии:

лихорадочный; интоксикационный; бронхотический; болевой; синдром инфильтрации легочной ткани; синдром активности воспалительного процесса.

1. Интоксикационный и лихорадочный синдромы проявляется гипертермией, потливостью, миалгии, артралгии, общая слабость, отсутствие аппетита, а также на высоте температурной реакции может регистрироваться транзиторная микропротеинурия.

2. Бронхитический синдром имеет следующие проявления: кашель сухой или с отделением мокроты. «Ржавая» мокрота характерна для пневмококковой пневмонии. Зловонная мокрота в большом количестве - для деструкции легочной ткани. Мокрота с запахом «пригорелого мяса» - для клебсиеллезной пневмонии. Кровянистая мокрота – при осложнениях пневмонии.

3. Болевой синдром (плевралгии) – появление боли при глубоком дыхании или на фоне кашля.

4. Синдром инфильтрации легочной ткани характеризуется притупление перкуторного звука над зоной поражения, локальное бронхиальное дыхание, звучные влажные хрипы или инспираторная крепитация при аускультации, усиление бронхофонии или голосового дрожания, рентгенологически изменения ткани легкого.

5. Синдром активности воспалительного процесса: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных нейтрофилов или миелоцитов,

лейкопения или гиперлейкоцитоз являются неблагоприятными прогностическими признаками исхода пневмонии, токсическая зернистость нейтрофилов, ускоренное СОЭ, а также повышение уровня СРБ, фибриногена, серомукоида, сиаловых кислот.

б. Среди других проявлений заболевания могут быть:

- Нарушения сознания (спутанность, возбуждение, сопор и т. д.)
- Кожные проявления (петехиальная сыпь, кровоизлияния, герпес)
- Сосудистые реакции (тахи- или брадикардия, нестабильная гемодинамика).

Клиническая картина крупозной (долевой) пневмонии:

Крупозная пневмония в 94-96% случаев вызывается пневмококком. Характерными особенностями крупозной пневмонии являются: острое начало, озноб, боль в грудной клетке, может быть рвота; повышение температуры тела с критическим падением; кашель с «ржавой» вязкой мокротой; типичные физикальные признаки: крепитация; гомогенность инфильтративных изменений в легких; лейкоцитоз, изменение острофазовых показателей.

Клиническая картина очаговой (бронхопневмония) пневмонии:

Очаговые пневмонии стафилококковой и стрептококковой этиологии не имеют в клинике опорных диагностических особенностей, но если выявляется деструкция легочной ткани, то следует предположить возможность стафилококкового возбудителя.

- острое начало с озноба;
- повышения температуры;
- кровохаркание, но не «ржавая» мокрота;
- поли сегментарное поражением легких, быстрым слиянием очагов инфильтрации;
- частые плевральные осложнения (плеврит, пиопневмоторакс).

Синдром воспалительного инфильтрата в легких – наблюдается при крупозной, очаговой пневмониях и характеризуется острым началом, высокой лихорадкой, ознобом, болями в грудной клетке с пораженной стороны, усиливающимся при глубоком дыхании и кашле, вследствие чего больной вынужден подавлять кашель, дыхание при этом становится поверхностным. Со второго дня появляется небольшое количество слизистой и вязкой мокроты, содержащей иногда прожилки крови. Довольно быстро мокрота приобретает коричнево-красную окраску, что обусловлено продуктами распада эритроцитов из участков красного опеченения. Количество отделяемой мокроты увеличивается, однако не превышает 100 мл в сутки. В стадии серого опеченения и особенно разрешения болезни мокрота становится менее вязкой, легче отделяется, ее бурая окраска постепенно исчезает [6, с 98].

При осмотре больного уже в первый день заболевания могут быть отмечены гиперемия щек, более выраженная со стороны поражения, цианоз губ, акроцианоз, довольно часто появляются герпетические высыпания на губах, щеках и крыльях носа. Довольно часто отмечается при дыхании широкое движение крыльев носа. Дыхание, как правило, поверхностное, учащенное, пораженная сторона отстает при дыхании, подвижность легочного края со стороны воспаления ограничена.

При перкуссии легких нередко уже в первый день заболевания выявляется укорочение перкуторного звука над пораженной долей, которое, постепенно нарастая, приобретает характер выраженного притупления (бедренный тон). Голосовое дрожание в начале заболевания несколько усилено, а в стадии опеченения становится четко усиленным [6, с 100].

Пневмония у пожилых и старых людей способствует развитию острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс), утяжелению течения ряда хронических заболеваний (цереброваскулярная болезнь, ишемическая болезнь сердца и другие). Этой группе пациентов, а также ослабленным онкологическим больным с распространенным опухолевым процессом свойственны определенные клинические особенности пневмонии:

- быстрое ухудшение общего состояния: нарастание общей слабости, заторможенность, адинамия, снижение аппетита;
- появление или усиление одышки;
- нередко малая выраженность (или отсутствие) клинических признаков воспаления легких – кашля с отделением мокроты, боли в грудной клетке при дыхании, притупления легочного звука при выстукивании легких.

1.3 Особенности работы медицинской сестры по организации ухода за больными пневмонией в условиях стационара

При таком заболевании как пневмония больных госпитализируют в стационар при легком течении можно лечить в амбулаторных или в домашних условиях. Показания к госпитализации:

Пневмонии с тяжелой степенью тяжести когда сильно выражены симптомы интоксикации, одышка имеется нарушение сознания

- возраст старше 70 лет;
- наличие хронических заболеваний, которые могут привести к инвалидности;
- антибактериальное лечение, которое не дает эффекта в течение трех дней;
- когда имеются осложнения пневмонии, например абсцесс легких плеврит;
- анемия средней тяжести или тяжелой формы (Hb <90 г/л);
- социальные и бытовые проблемы.

Результат от сестринского ухода и лечебных мероприятий проводимых с пациентом во многом зависит от слаженной работы медицинской сестры и врача, а также от участия в этих мероприятиях самого пациента и его родственников.

При проведении опроса и объективного сестринского исследования можно выявить основные проблемы больного пневмонией, такие как:

- кашель с затруднением выделения мокроты – естественное очищение дыхательных путей;
- нарушение дыхания при физических нагрузках;
- болевые ощущения в грудной клетке при дыхании и кашле;
- явление интоксикации, которая проявляется в виде общей слабостью, повышенной утомляемостью, снижением или отсутствием аппетита;
- дефицит информации о заболевании.

Медицинская сестра должна информировать пациента об основных принципах ухода и самоухода, гигиене, как личной так и общей. Также необходимо доводить информацию о целесообразности проведения лабораторных исследования, о том какие будут проводиться лечебные и реабилитационные мероприятия.

При необходимости медицинская сестра обучает пациента правильно измерять температуру тела, так как это необходимо делать при высокой температуре каждые три часа с последующей фиксацией в истории болезни. Если у пациента бледная лихорадка (озноб) то ему следует выдать дополнительное одеяло, укутать пациента, обложить его грелками и напоить горячим чаем. Если у пациента наблюдается сильное потоотделение то его необходимо обтереть сухим полотенцем или салфеткой, поменять нательное и постельное белье. При лихорадки необходимо употреблять много жидкости примерно два литра в сутки в виде теплого чая с малиной, молока с медом, морса клюквенного, брусничного или просто минеральной воды. Если у пациента высокая температура то необходимо наблюдать за его состоянием сердечно сосудистой системы, а именно измерять частоту и ритм пульса, уровень артериального давления.

Неотъемлемой частью сестринских вмешательств является обеспечение и поддержание комфортных условий в палате (квартире), необходимость доступа свежего воздуха, обеспечение охранительного режима для

полноценного сна. Также необходимо осуществлять контроль за соблюдением постельного режима в течении всего лихорадящего периода, при этом необходимо менять положение пациента в постели для профилактики застойных явлений в легких.

Для того чтобы очищать дыхательные пути от мокроты медицинской сестре необходимо обучать больного правильно кашлять, рассказать о полусидячем положении в постели, о необходимости употреблять теплое обильное питье. Также для этих целей проводятся ингаляции с увлажненным кислородом, дыхательная гимнастика с обработкой продолжительного выхода, различные методы физиотерапии и вибрационный массаж грудной клетки.

Для того что бы уменьшить боли в грудной клетки медицинская сестра должна уложить его на бок на сторону поражения, в результате чего ограничивается движение плевральных листков.

Чтобы предотвратить инфицирование окружающих медицинская сестра должна обучить пациента правильно обращаться с мокротой, а именно собирать ее в индивидуальные карманные или настольные плевательницы или баночки, которые должны содержать небольшое количество 5 % раствора хлорамина и закрываться плотной крышкой. Пациент должен соблюдать дисциплину кашля, то есть стараться меньше кашлять в присутствии здоровых людей, а при кашле закрывать рот платком или рукой.

Медицинские сестры обеспечивают транспортировку больных, принимают вновь поступивших пациентов, знакомят их с особенностями работы отделения, организуют выписку больных. Они осуществляют контроль санитарного состояния отделений, и соблюдения больными правил внутреннего распорядка, проверяют регулярность и полноту влажной уборки, следят за выполнением больными правил личной гигиены, качеством санитарной обработки, в необходимых случаях обеспечивают уход за кожными покровами, глазами, ушами, полостью рта, смену постельного и нательного белья. Медицинские сестры отвечают за правильное и своевременное питание больных, организуют кормление пациентов, находящихся на строгом

постельном режиме, следят за хранением продуктов питания в холодильниках и прикроватных тумбочках, проверяют содержание и качество передач [8, с.69].

Медицинские сестры ведут необходимую медицинскую документацию, заполняют температурные листы и листы назначений, журнал приема и её сдачи дежурств, выписывают требования на медикаменты, составляют порционные требования и т.д.

Изучая медицинскую документацию, мы выявили, что организация сестринского ухода за больными пневмонией в условиях стационара должна вестись в следующих направлениях:

- Ознакомление поступившего больного с устройством отделения: расположением помещений отделения, правилами внутреннего распорядка и режимом дня, правилами личной гигиены в стационаре;

- Сбор материала от больных для лабораторных исследований (моча, кал, мокрота и т.д.) и организацию своевременной отправки их в лабораторию, своевременное получение результатов исследования и подклеивание их в историю болезни;

- Сопровождение или транспортировку тяжелых больных на клинко-диагностические, функциональные исследования, совместно с младшим медперсоналом; контроль за возвращением историй болезни в отделение с результатами исследования;

- Проведение опроса и осмотра пациентов. Особенно важно правильно собрать аллергологический анамнез, т.к. основным методом лечения пневмонии является антибиотикотерапия, которая дает наибольший процент аллергических реакций.

- Непосредственное участие в обходе больных дежурным врачом, сообщение им сведений об изменениях в состоянии здоровья больного. Подготовку салфеток, дезинфицирующего средства для дезинфекции рук врача при врачебном обходе.

- Строгое ведение медицинской документации в медицинской информационной системе;

·Обеспечение контроля за состоянием пациентов, их реакция на проводимую терапию.

- Измерение температуры тела больных утром и вечером, а по назначению врача и в другое время суток, запись в температурный лист, подсчет пульса и ЧДД, измерение суточного количества мочи, мокроты, внесение этих данных в историю болезни;

- Медсестра может обратить внимание врача на то, что появились дополнительные симптомы, свидетельствующие о появлении осложнений.

- Организация питания и ухода за лежачими и тяжелобольными, профилактики пролежней;

- Наблюдение и контроль за чистотой и порядком в палатах, за личной гигиеной больных, за своевременным приемом ванн, сменой белья - нательного и постельного; ежедневный контроль за санитарным состоянием тумбочек, холодильников в палатах;

- Контроль за выполнением пациентом, установленного врачом режимом питания, потреблением разрешенных продуктов, принесенных больному родственниками;

- Точное и четкое выполнение всех указаний врачей и порученные ей медицинские манипуляции (разрешенные для выполнения среднему медицинскому работнику), соблюдая правила техники безопасности;

·Проведение фармакотерапии, назначенной врачом.

Медицинская сестра должна не только раздавать назначенные препараты, но и объяснять правила их приема. Например, при применении ингаляторов медицинская сестра должна научить пациента пользоваться ими, эуфиллин в таблетках необходимо принимать после еды и запивать достаточным количеством воды, т.к. он оказывает раздражающее действие на слизистую ЖКТ.

- Осуществлять контроль за работой младшего персонала.

- Принимать активное участие в санитарно-просветительной работе среди больных и их родственников и на санитарно - гигиенические темы, правила

ухода за больными, профилактику заболеваний, здоровый образ жизни. 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.

Чтобы оказать качественную сестринскую помощь, необходима этапность процедур.

Основные этапы доврачебной коррекции воспалительного процесса

Первый этап доврачебной коррекции воспаления легких – сбор анамнеза. При первичном обращении пациента следует обратить внимание на следующие жалобы:

Повышение температуры с ознобом, влажный или сухой кашель, одышка, появление ржавой мокроты, боль в грудной клетке;

Бледная кожа, плохое самочувствие, стонущее дыхание, участие в дыхании мускулатуры.

В амбулаторной карте можно обнаружить признаки воспалительного процесса: увеличение лейкоцитов и СОЭ, нейтрофилез, рентгенографические данные об инфильтрации.

Второй этап сестринского ухода – анализ состояния.

При наличии патологического процесса в легких у пациента появляются вторичные симптомы:

Снижение аппетита;

Головная боль;

Головокружение;

Повышение частоты сокращений сердца (тахикардия);

Обострение хронических болезней;

Недомогание.

Наличие вторичных симптомов корректирует план сестринского вмешательства. При наличии вышеописанных признаков пациента необходимо поместить в стационар.

План ухода в стационаре со стороны среднего медперсонала

План ухода в стационаре должен быть ориентирован на предотвращение осложнений процесса. Медицинская сестра обеспечивает следующие вмешательства:

- Постельный режим до улучшения общего состояния больного;
- Организует молочно-растительную диету;
- Контролирует потребление пациентом жидкости;
- Обеспечивает прием разжижающих и отхаркивающих средств;
- Обеспечивает симптоматическую терапию, рекомендованную врачом;
- Контролирует активное посещение медицинским персоналом больного.

Если за пневмонией наблюдать в госпитальных условиях, то сестринский уход расширяется до следующих процедур:

- Обучение пациента правильному дыханию;
- Практические занятия с пациентами относительно техники вибрационного массажа;
- Создание пациенту дренажного положения (с опущенной головой);
- Рассказывает о домашнем пребывании после излечения пневмонии: как делать горчичное обертывание, проводить профилактические процедуры;
- Проводит беседы о профилактике осложнений.

Этапы при крупозной пневмонии

Крупозная пневмония является серьезным состоянием, требующим постоянной коррекции множества факторов. Сестринский уход при нем является обязательным и незаменимым.

План ведения крупозной пневмонии медицинской сестрой:

- Обеспечивать контроль над охранительным режимом;
- Следить, чтобы головной конец кровати был поднят;
- Проводить постуральный дренаж 2-3 раза в день;
- Контролировать процесс питания пациента;
- Обеспечивать комфортные условия для лечения больного.

При крупозном воспалении легких со стороны сестринского персонала обязательны независимые вмешательства. Они предполагают контроль потребления пациентом фруктов, овощей и объема жидкости.

План помощи может корректироваться средним персоналом с согласия врача. К примеру, если амбулаторная карта пациента имеет множество заболеваний, рационален перевод из терапевтического отделения в специализированное. Он осуществляется после коррекции острого воспаления.

При переводе больного сестринский уход не прекращается. Персонал контролирует течение крупозной пневмонии до полного ее разрешения (11-14 дней).

Если амбулаторная карта больного не имеет развернутого анамнеза, медицинская сестра должна обратить внимание на необходимость выполнения обязательных исследований: флюорография, прививки.

Доврачебная помощь больному воспалением легких предполагает создание комфортных условий. При необходимости медицинский персонал обеспечивает чистое сменное белье, гигиенические принадлежности.

Перечень процедур при воспалении легких

Сестринская помощь включает ряд зависимых процедур:

Обеспечение приема лекарств;

Проведение инфузионной терапии;

Контроль состояния больного после введения инъекций и приема таблеток.

Медицинская сестра может обратить внимание врача на то, что диагноз заболевания изменился. Она может первая заметить специфические симптомы патологии у человека.

Установка сестринского диагноза осуществляется на 2 этапе процесса ведения пациента. Средний медицинский персонал вправе самостоятельно решить, может ли пациент оставаться дома или его необходимо обследовать и показать врачу. Такой подход применяется в США относительно людей, вызывающих скорую помощь.

В нашей стране патологический процесс ведет врач, а средний персонал должен разграничивать норму и патологию.

Оценка эффективности лечения

При правильной организации процесса лечения пневмонии и сестринской помощи, избавление от болезни наступает на 10-14 день. Если заболевание затягивается, очевидно, что нарушена тактика ухода или неправильно подобраны лекарства.

Терапия заболевания – задача врача. Сестринская помощь должна учитывать лишь коррекцию режима питания, физической активности или постельного режима.

Помощь среднего медперсонала ускоряет выздоровление при пневмонии. Без нее сложно обеспечить идеальные условия для комфортного лечения человека. Независимо от того, какой диагноз у человека, сестринский уход необходим!

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПНЕВМОНИИ

2.1. Анализ статистических данных заболеваемости пневмонией на примере терапевтического отделения ОГБУЗ «Шебекинская ЦРБ»

В 1954 году, когда образовалась Белгородская область, в Шебекинском районе уже имелась районная больница на 75 коек, который были представлены хирургическим, терапевтическим, детским и инфекционным отделением. С 1965 по 1968 год больница увеличивала свои мощности, количество коек достигло 200, также был возведен родильный дом, открылся противотуберкулезный диспансер. В последующие годы развивалась материально техническая база, были построены новые корпуса центрально районной больницы. В результате чего были открыты новые специализированные отделения. В Шебекинском районе на 100000 населения приходилось 142 койки. Развивалась и укреплялась поликлиническая помощь, как детского так и взрослого населения. Лечебно-профилактическое учреждения оснащались медицинским оборудованием. ЦРБ, оснащалась современным диагностическим и лечебным оборудованием. В 1995 году был организован санитарно - бактериологический отдел который находился при клинической лаборатории. Он был оснащен современным оборудованием, реактивами, что позволило поднять уровень и качество диагностического процесса. Учитывая все выше сказанное сократились сроки пребывания больных в стационаре с 17,6 в 1990 году до 12,5 дней в 2002 году. Как дополнительный источник финансирования ЦРБ было создано отделение платных медицинских услуг. В 2004 по 2014 развивались стационара замещающие технологии. К ним относятся стационары на дому и дневные стационары. В данном учреждении успешно реализуется национальный проект «Здоровье», эта программ которая повышает качество медицинской помощи,

была объявлена президентом Российской Федерации ВВ Путиным начавшаяся с 1 января 2006 года.

С декабря 2013 г. главным врачом ОГБУЗ "Шебекинская ЦРБ" назначен кандидат медицинских наук Белоусов Василий Александрович.

Терапевтическое отделение Шебекинской ЦРБ рассчитано на 29 коек. В таблице 1 представлены статистические данные за период с 2014 по 2018 года.

Таблица 1

Пролеченные больные в терапевтическом отделении в период с 2014 по 2018гг.

Год	2014	2015	2016	2017	2018	итого
Пролечено	2184	2021	2016	2004	2176	10401
Выписано	2087	1926	1914	1928	2052	9907
В том числе переведены в другие стационары	26	21	20	17	23	107
Смертность	97	95	102	76	124	494

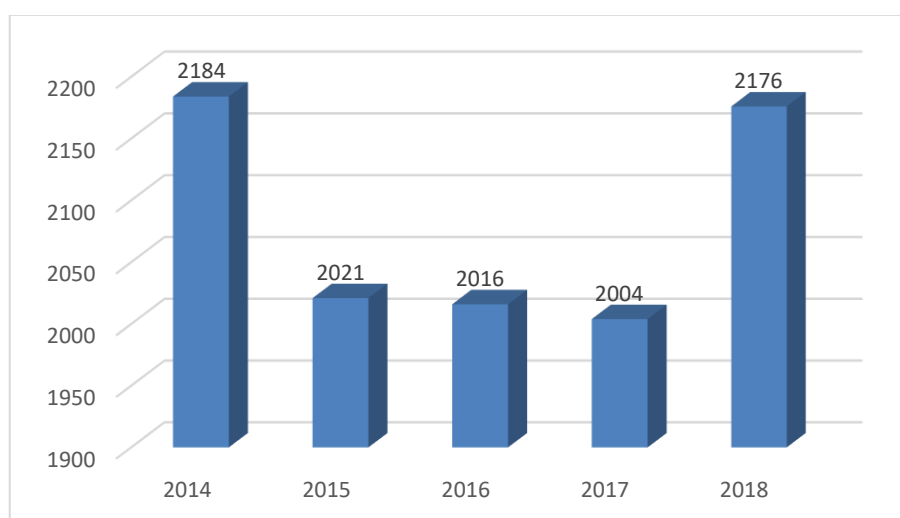


Рис. 1 Статистические данные пролеченных больных в терапевтическом отделении ОГБУЗ «Шебекинская ЦРБ»

Как видно из рисунка 1 в 2014 и в 2018 годах наблюдается наибольшее количество пациентов, прошедших лечение в терапевтическом отделении.

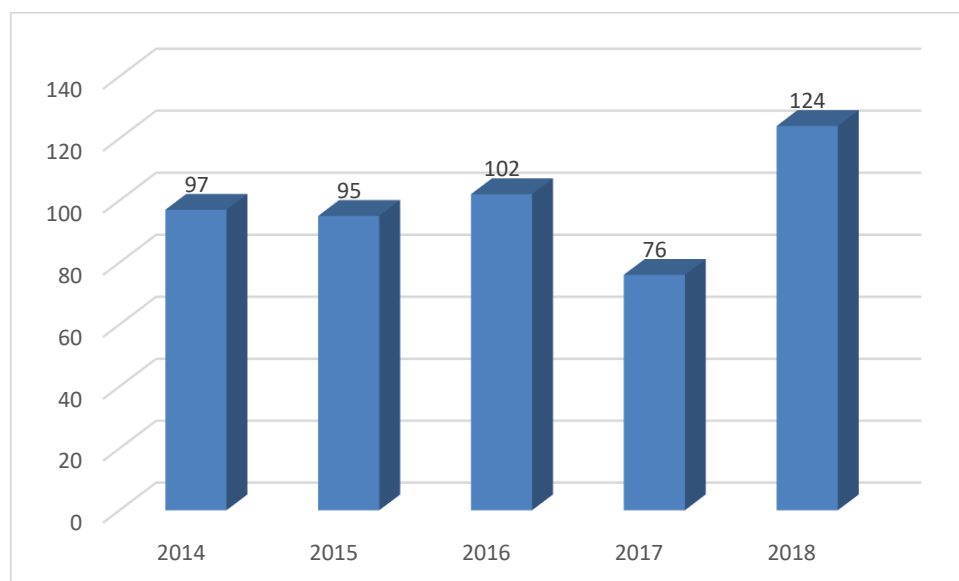


Рис. 2 Показатели смертности в терапевтическом отделении ОГБУЗ «Шебекинская ЦРБ»

В 2018 году наблюдается самая большая смертность пациентов в терапевтическом отделении (Рис. 2).

Для определения количества пациентов с пневмонией, прошедших лечение в терапевтическом отделении был проанализированы статистические данные за последние 5 лет (2014 -2018 г), они представлены в таблице 2 и на рисунке 3.

Таблица 2

Сравнительный анализ заболевания органов дыхания и пневмонии за период 2014-2018 гг.

Год	2014	2015	2016	2017	2018	итого
Заболевания органов дыхания	362	297	445	364	444	1912
Пневмония	134	125	249	194	233	935

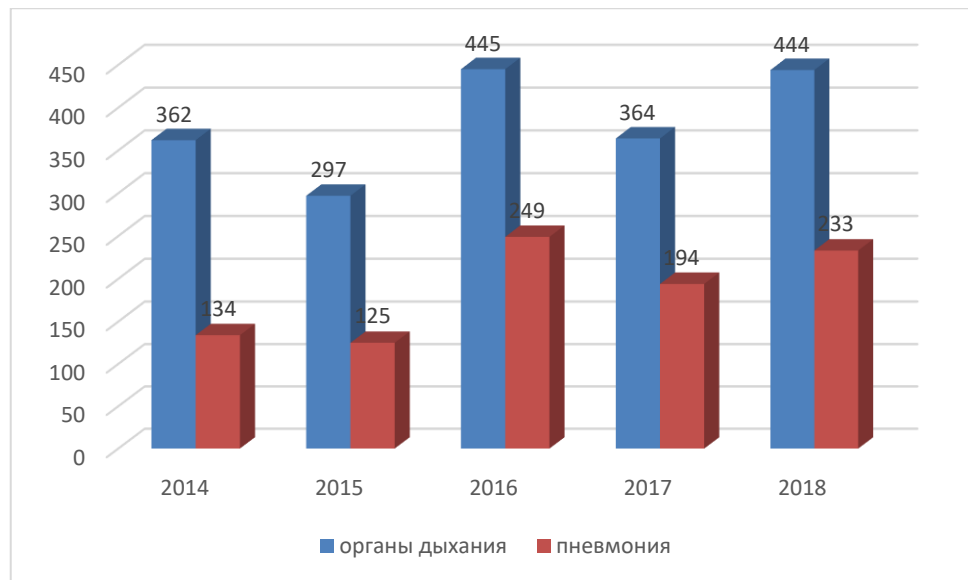


Рис.3 Динамика заболеваемости пневмониями по отношению к заболеваниям органов дыхания

На основании данных представлены выше можно сказать что численность пациентов с пневмонией, прошедших лечение в терапевтическом отделении, за отчетный период держится на высоком уровне из за различных этиологических факторов, которые требуют проведения различных мероприятий, а именно профилактических и реабилитационных. В данной работе большая роль отводится младшему медицинскому персоналу. Пневмония по отношению к заболеваниям органов дыхания занимает значительное место и составляет 48,9%.

2.2. Анализ деятельности медицинской сестры терапевтического отделения

В рамках данной работы были разработаны специальные анкеты для исследования деятельности медицинских сестер по профилактике пневмонии. Анкета включает 14 вопросов и представлена в приложении 1.

Исследования проводились на базе терапевтического отделения ОГБУЗ «Шебекинская центральная районная больница». Полученные при опросе данные были обработаны в программе Microsoft Excel и представлены далее.

Нами было проведено исследование по изучению мнения пациентов о работе медицинских сестер. Опрошенный контингент включает 20 мужчин и 20 женщин (рис.4).

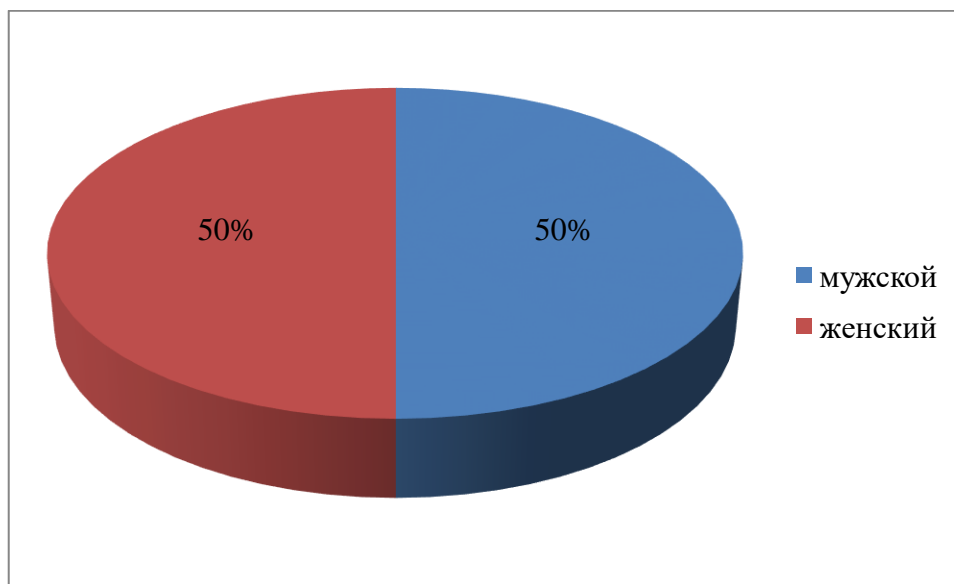


Рис.4. Распределение по полу

Из анкеты мы установили, что 30% респондентов проживает в поселке, 35% проживает в городе, 35% в сельской местности (рис.5).

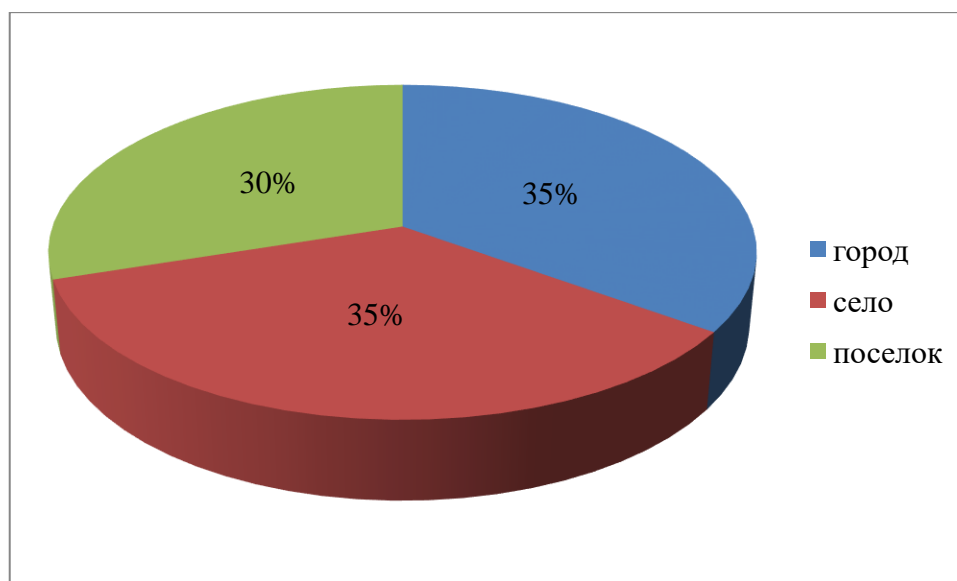


Рис.5. Место проживания населения

Нами был проведен анализ удовлетворенностью работой медицинского персонала отделения. Мы установили, что 64% анкетированных довольны работой медицинских сестер, 36% остались, не удовлетворены (Рис.6).

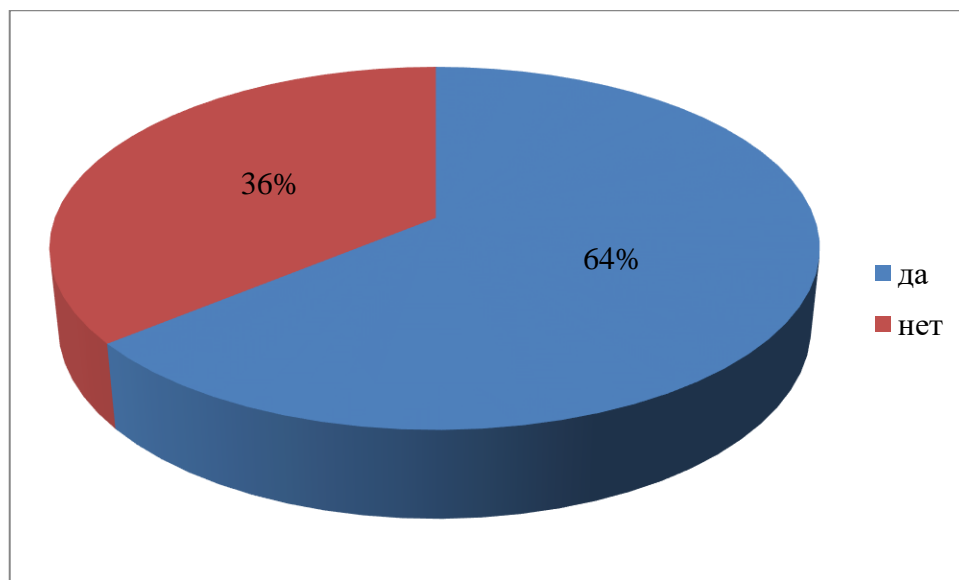


Рис.6. Опрос пациентов о работе медицинского персонала.

Еще Гиппократ говорил: что «Медикам необходимо иметь чистую хорошую и опрятную одежду так . на сегодняшний день вид медицинской сестры это ее визитная карточка, как ее самой, так и лечебного учреждения в котором она работает. Учитывая требования к внешнему виду медицинского работника должна быть чистой и простой, не должно быть лишних украшений, медицинский халат или костюм белоснежного цвета, также должна быть шапочка и моющаяся сменная обувь. Из анкеты мы установили, что 66% респондентов считают - внешний вид медицинских сестер соответствует требованиям, а 34% дали отрицательный ответ (рис.7.)

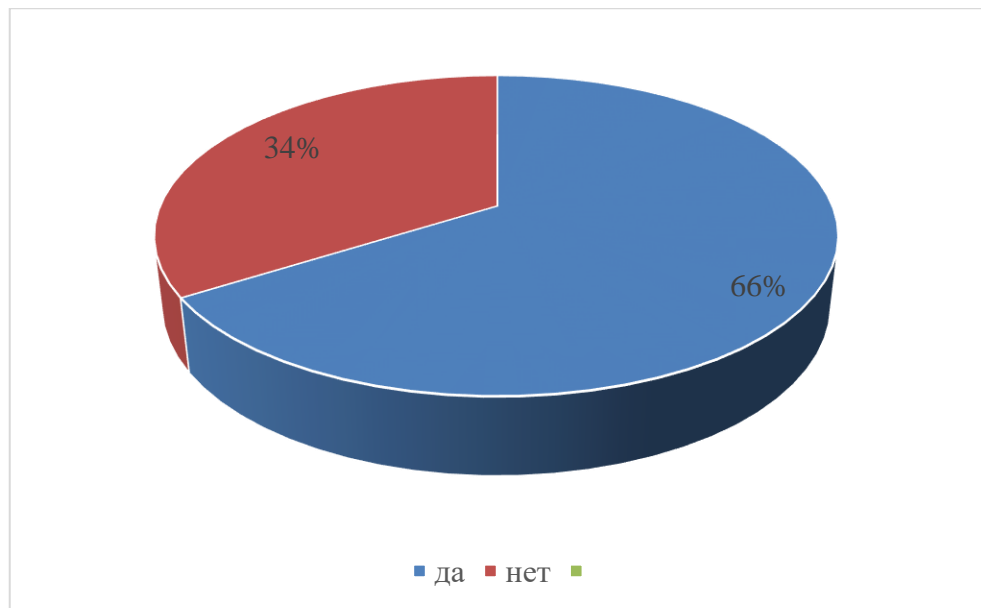


Рис.7. Внешний вид медицинского работника

Также медицинским сестрам необходимо информировать пациентов о заболеваниях. Из опроса мы выяснили, что 56% респондентов были проинформированы о заболевании и его профилактике, 44% нет (рис.8).

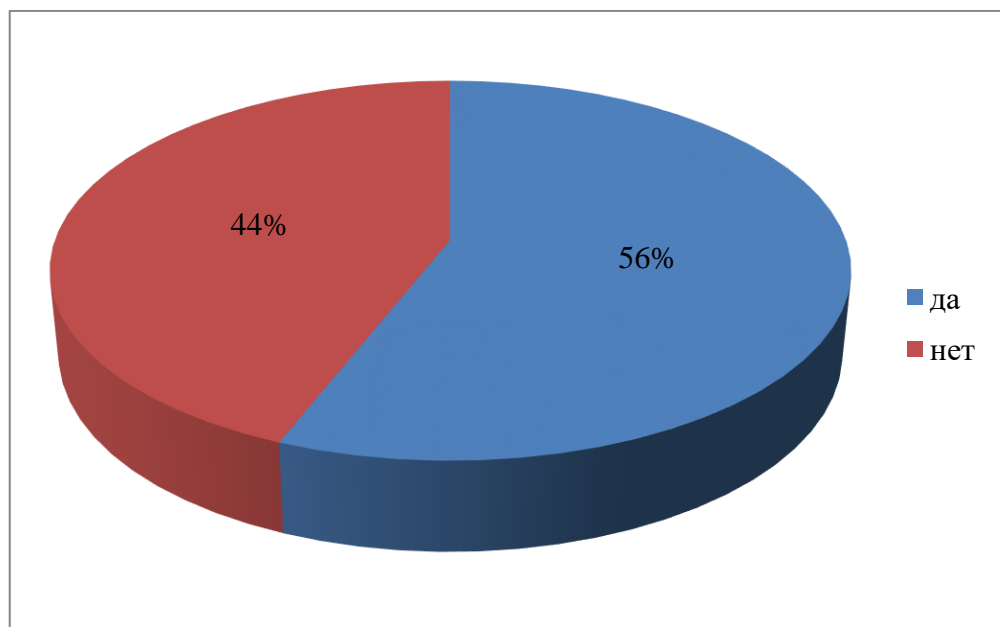


Рис.8.Беседы о заболевании

Знакомя пациентов с новой информацией медицинской сестре необходимо использовать различные наглядные пособия, с целью

конкретизации сообщаемых знаний. В этом случае пособие выступает как иллюстрация словесных объяснений. Анкетирование показало, что 44% респондентам были показаны наглядные пособия в виде буклетов, санбюллетеней, 56% ответили отрицательно (рис.9.).

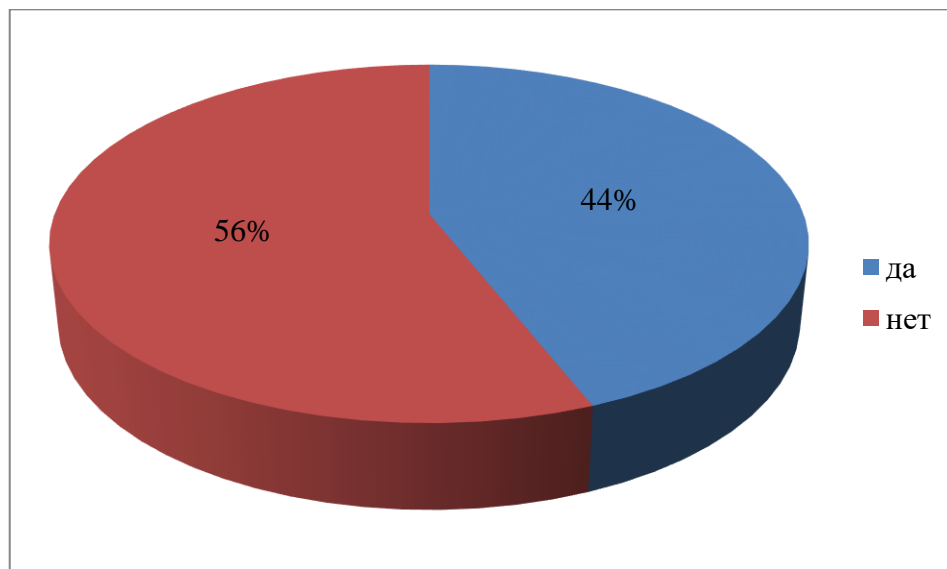


Рис.9. Использование наглядного материала

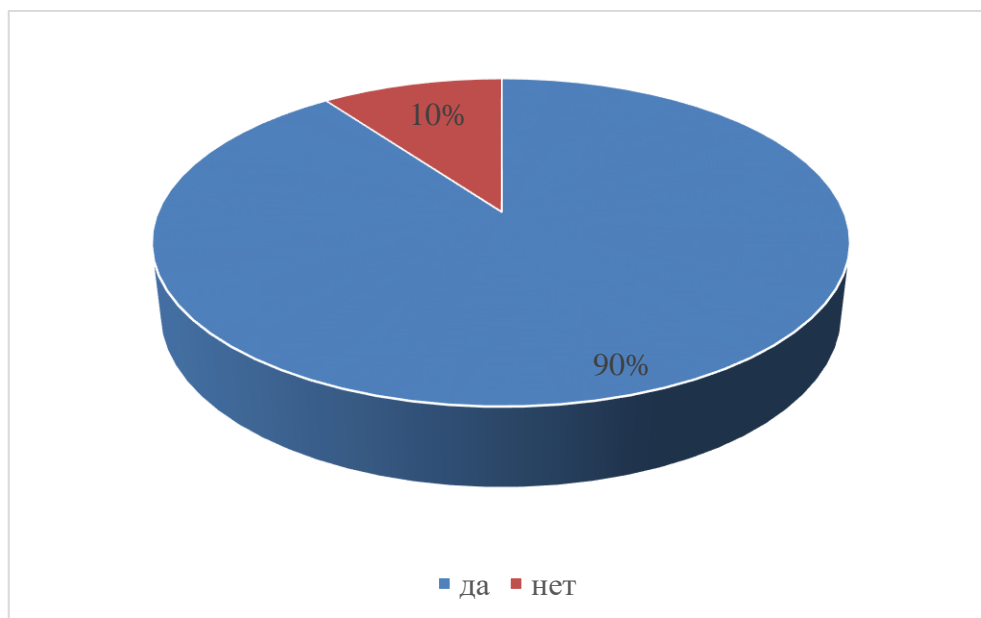


Рис. 10. Осведомленность о знаниях факторов риска развития пневмонии

На вопрос «Знаете ли вы факторы риска развития пневмонии», были получены следующие ответы, 90% анкетированных информированы о причинах развития пневмонии, а 10% не владеют такой информацией (рис.10).

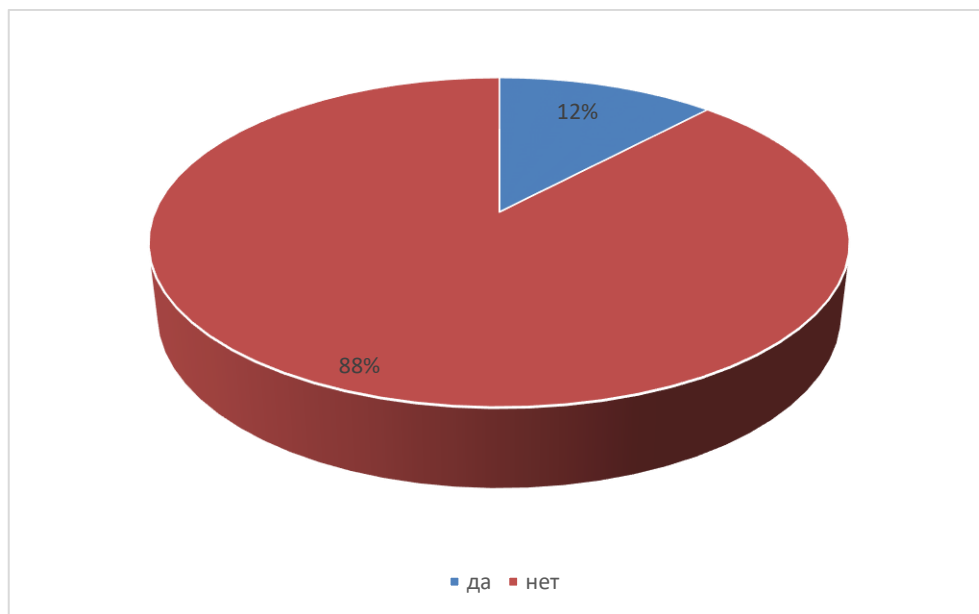


Рис. 11. Профессиональная вредность

Производственная пыль является одним из неблагоприятных факторов, влияющих на здоровье. Из анкеты мы выяснили, что у 12% респондентов работа связана с вдыханием производственной пыли и веществ (Рис.11).

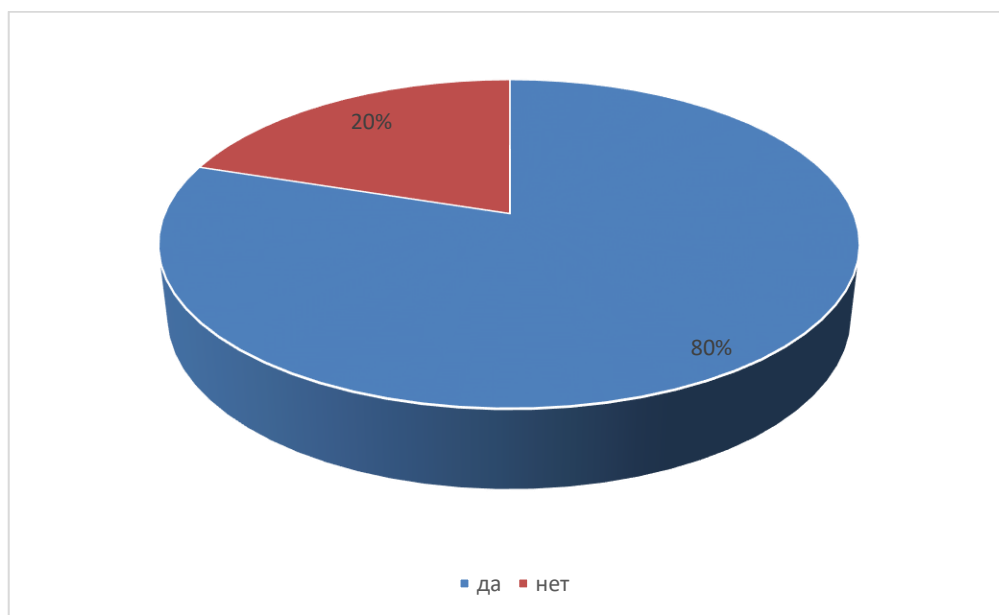


Рис. 12. Курение

Курение является основным фактором развития пневмонии, а во время болезни может вызвать дальнейшие осложнения, ослабление защитных сил организма. Опрос показал, что 80% респондентов курят, только у 20% нет этой вредной привычки (рис.12).

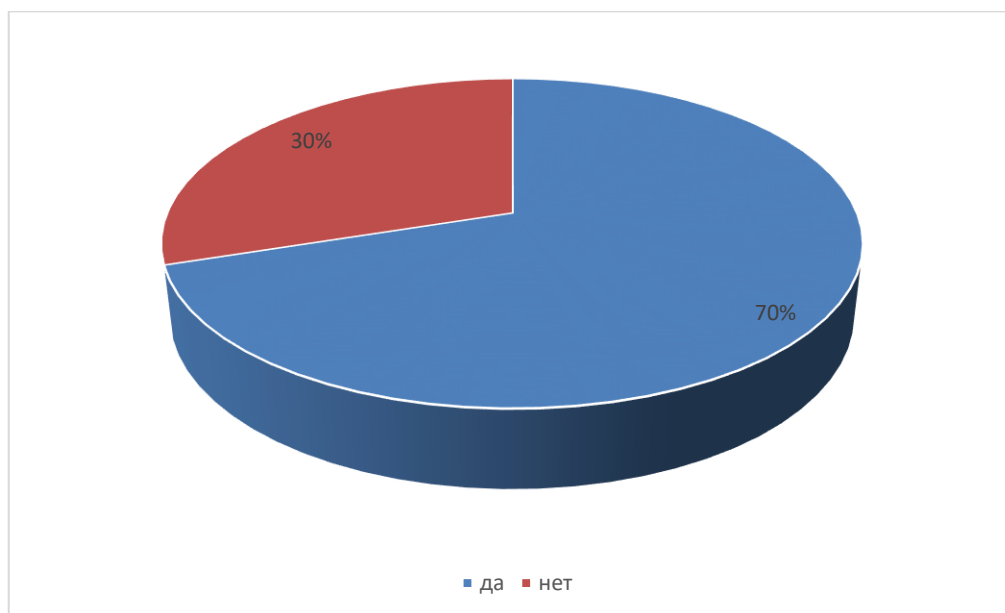


Рис. 14. Хронические заболевания в анамнезе

Анализируя анкету, мы выяснили, что 70% респондентов имеют хронические заболевания, что ослабляет защитные функции организма (рис.14).

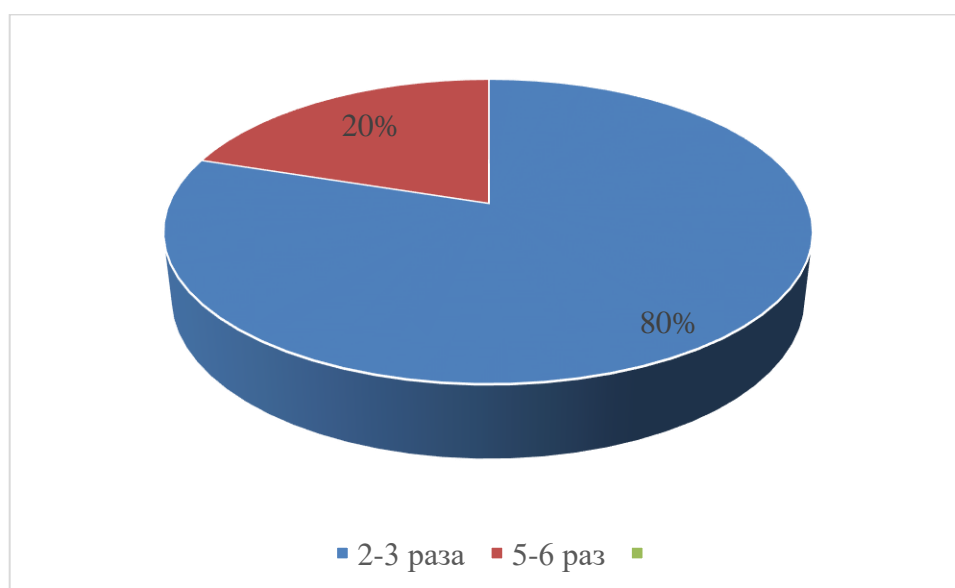


Рис.15. Частота проветривания палат

Проведение проветривания палат 2 – 3 раза в день 80% ответили, а 20% - 5-6 раз в день. Является неотъемлемой частью благоприятного микроклимата в помещении. Наше здоровье, дыхание, работоспособность зависят от воздуха, которым мы дышим. (рис.15).

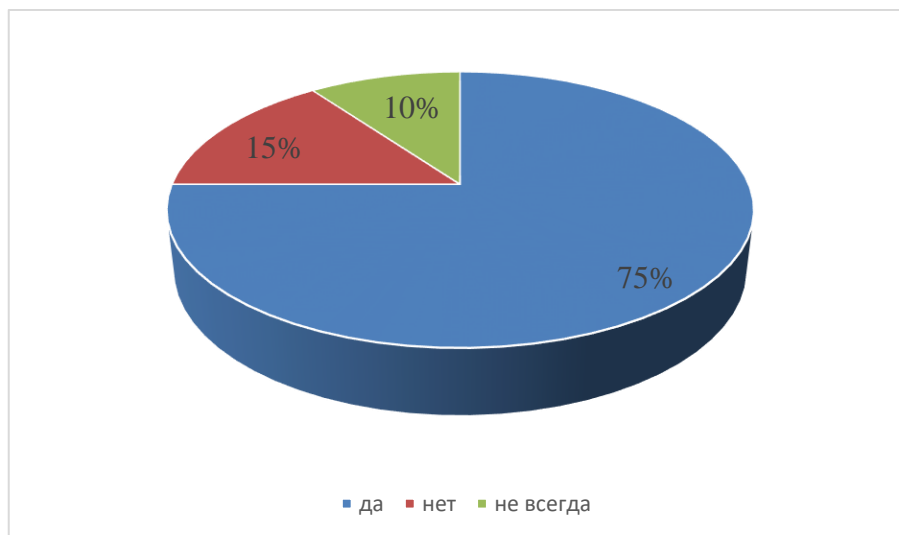


Рис.16. Санпросвет работа в отделении

О проведении санитарно просветительной работы в отделении 75 % ответили, что имеются памятки, плакаты, санбилютени; 15% не получают информации; 10% - не всегда имеют возможность получать полезную информацию (рис.16).

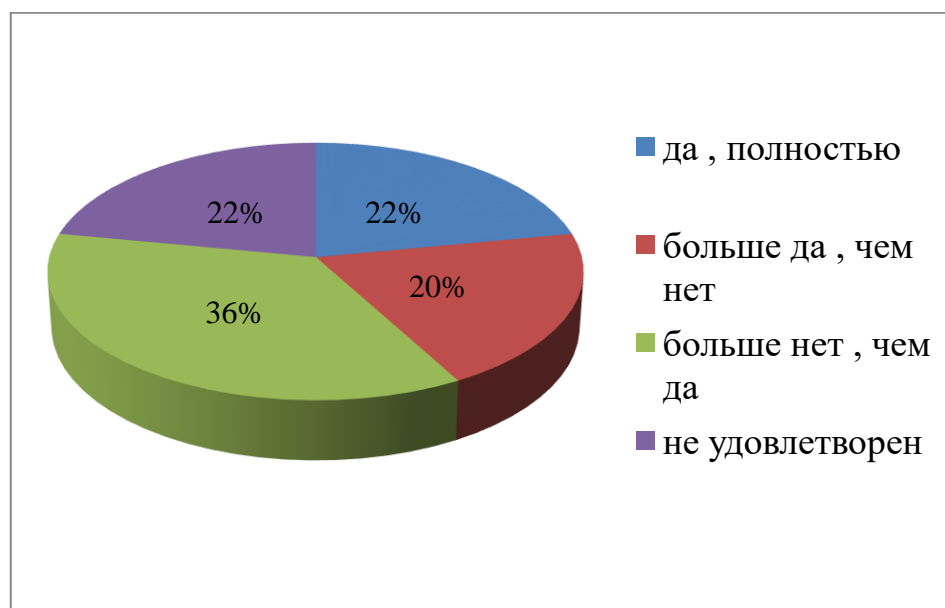


Рис.17. Качество и полнота информации доступной на официальном сайте медицинской организации

Нами был проведен анализ о качестве и полноте информации, доступной на официальном сайте медицинской организации. Мы установили, что 22% полностью удовлетворены информацией, 10% - больше да, чем нет, 20% - больше нет, чем да, 36% - не удовлетворены (рис.17.).

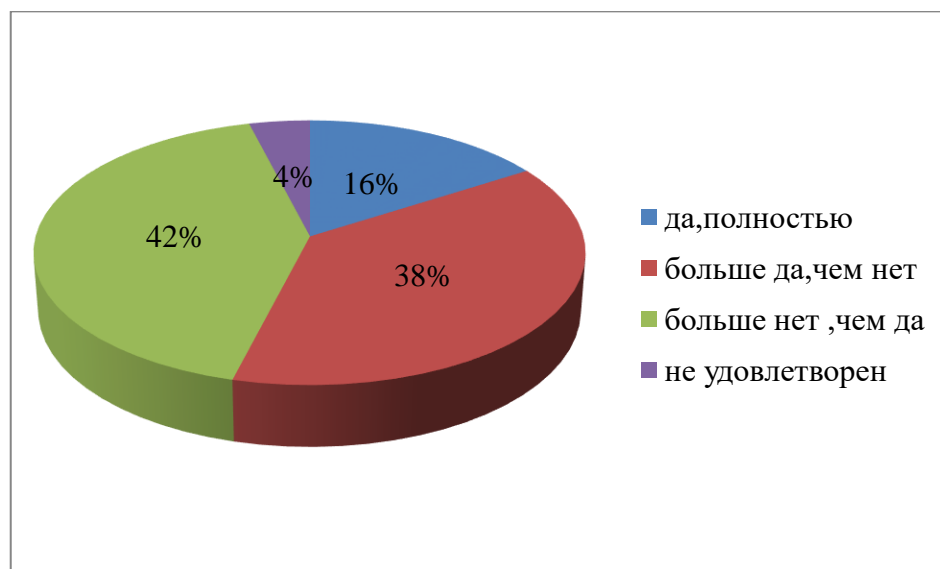


Рис.18. Отношение медицинских сестер к пациентам во время пребывания в стационаре

На вопрос об отношении медицинского персонала к пациентам во время пребывания в стационаре, были получены ответы: 16% полностью удовлетворены, 38% ответили больше да, чем нет, 42% больше нет, чем да, 4% не удовлетворены. (рис.18.)

Анализируя проведенное исследование можно сделать вывод:

- большинство анкетированных проживает 35% в городе и 35% в сельской местности;
- 64% анкетированных довольны работой медицинских сестер, 36% остались, не удовлетворены;
- 64% анкетированных считают - внешний вид медицинских сестер соответствует требованиям, а 36% дали отрицательный ответ;

- 56% респондентов были проинформированы о заболевании и ее профилактике, 44% нет;
- 44% респондентам были показаны наглядные пособия в виде буклетов, санбюллетеней, 56% ответили отрицательно;
- 90% анкетированных информированы о причинах развития пневмонии, а 10% не владеют такой информацией;
- 12% анкетированных, отметили что их работа связана с вдыханием производственной пыли и веществ;
- 80% опрошенных имеют такую вредную привычку как курение;
- 70% анкетированных в анамнезе имеют хронические заболевания;
- 80% респондентов считают что проветривание палат проводится медицинским персоналом 2-3 раза в день;
- 75% опрошенных отметили о проведении в отделении проводится санпросвет работа;
- анализ о качества и полноты информации, доступной на официальном сайте медицинской организации показал, что 22% полностью удовлетворены информацией;
- 16% полностью удовлетворены отношением медицинского персонала к пациентам во время пребывания в стационаре.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе работы над заявленной темой «Профилактическая деятельность медицинской сестры при пневмонии», была поставлена цель исследования: определение этапов организации, методов и приемов сестринской помощи в профилактике пневмоний.

Изучив медицинскую и научно-методическую литературу по заданной теме, мы раскрыли сущность понятия «пневмонии», рассмотрели этиологию и патогенез заболевания, изучили особенности клинического течения, диагностические методы исследования, уход, профилактику.

Анализируя литературу которая позволила нам рассмотреть процесс организации сестринской помощи, определить этапы организации, выявить эффективные методы и приемы по уходу за пациентами с пневмониями.

Главным при рассмотрении данной проблемы в нашем исследовании была профилактика (необходимость содержания помещений, уход за больным пациентом, санпросветработа и т.д.).

На сегодняшний день пневмония является одним из самых частых заболеваний и в первую очередь из за плохой экологической ситуации. Каждый год регистрируется от 10 до 12 тысяч заболевших пневмонией.

Работая над темой дипломной работы нами были сделаны следующие выводы:

В современной медицине пневмония является актуальной проблемой в решении которой важную роль играет правильная организация медицинской помощи населению.

1. При организации сестринского ухода за больными с пневмониями медицинская сестра должна обладать медицинскими навыками, правильно планировать и проводить свою деятельность, что в дальнейшем позволит провести эффективное лечение и избежать осложнений.

2. В работе медицинской сестры должна быть обучающая деятельность по различным вопросам пневмонии. Пациенты активно

сотрудничают с медицинской сестрой если эта работа правильно организована. Создание раздаточного материала виде памяток, брошюр, способствуют санитарно просветительной работы.

3. . Анализ анкетирования показал, что в вопросах профилактики заболевания пациенты имеют недостаточные знания, поэтому часто занимаются самолечением.

Работа над дипломной работой позволила раскрыть сущность такого заболевания, как пневмония, раскрыть основную суть деятельность медицинской сестры, ведь без профессионально организованного сестринского ухода лечение может быть не эффективным.

Предложения по улучшению работы медицинских сестер:

- активно заниматься профилактической деятельностью среди пациентов и если она проводится правильно, то больные активно сотрудничают с медицинской сестрой. Для повышения эффективности санитарно-просветительной работы необходимо создавать памятки и рекомендации. Нами была создана памятка, представлена в приложении 2;
- проведение работы с пациентами по ведению здорового образа жизни, что включает в себя отказ от вредных привычек;
- адекватное и своевременное оказание качественной медицинской помощи пациенту, проведение диспансеризации.
- Обновлять информацию на официальном сайте медицинской организации, особое внимание уделять профилактической работе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Быковская, Т.Ю. Основы профилактики : учеб. пособие для СПО. [Текст] / Т.Ю. Быковская. – Ростов – н/Д : Феникс, 2016. – 219 с.
2. Варварина, Г. Н. Уход за больными терапевтического профиля: учебная практика. / Г.Н.Варварина, Н.А. Любавина, Л.В.Тюрикова.- Нижний Новгород: «НижГМА», 2015
3. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела [Текст]: учебник для студентов профессиональных учебных заведений / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова; под общ. ред. к.м.н. В.В. Морозова. – изд. 7-е. – Ростов на Дону : Феникс, 2016. – 733 с.
4. Маршалко О.В., Терапия. В 3 ч. Ч. 1. Пульмонология [Электронный ресурс]: учеб. пособие. / О.В. Маршалко, А.И. Карпович - Минск : РИПО, 2016. - 202 с. - ISBN 978-985-503-635-8 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9789855036358.html>
5. Остапенко, В. А. Клинико-фармакологические основы современной пульмонологии . / В.А.Остапенко, В. А. Ахмедов, Е. Е. Баженов.- Москва: «Бином. Лаборатория знаний», 2015
6. Павлова, И. И. Лекарственные средства [Текст] / И.И. Павлова. - М, 2012
7. Петров, В. Н. Терапия: пособие для медицинских сестер. / .Н.Петров.- Ростов. - н/Д :«Феникс», 2015
8. Смолева, Э. В. Диагностика в терапии: учебное пособие. / Э.В.Смолева, А.А.Глухова.– СПб.: Питер,2016
9. Смолева, Э. М. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи. / Э.В.Смолева, Е. Л. Аподиакос ..– изд.13-е.–Ростов. - н/Д :«Феникс», 2012
8. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : учеб.пособие для студентов СПО. / Э.В.Смолева; под общ. ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина. – изд.13-е.–Ростов. - н/Д :«Феникс», 2012
9. Соколова, Н. Г. Сестринское дело в педиатрии: практикум. / Н.Г. Соколова, В.Д. Тульчинска. – Ростов н/Д: «Феникс», 2012

10. Смолева, Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи : 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. – 474 с. – (Среднее медицинское образование)
11. Тульчинская, В.Д. Сестринское дело в педиатрии: учеб.пособие для средних мед. и фарм. учеб. заведений / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова. ; под общ. ред. проф. Р. Ф. Морозовой. – изд. 17-е, доп. и перераб. – Ростов — н/Д : «Феникс», 2012
12. Филин, В.А. Педиатрия: учеб. пособие для студентов средних медицинских учебных заведений. / В.А. Филин. - Москва, 2011
13. Чурилина, А. В Педиатрия./ А.В.Чупилина, Д.И.Масюта, Л.Ф.Чалая.- СПб.:Питер,2014
14. Педиатрия с детскими инфекциями [Электронный ресурс] : учеб. для студентов учреждений сред. проф. образования/ Запруднов А. М., Григорьев К. И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970441862.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИЛОЖЕНИЕ

Уважаемые пациенты!

Ваше участие в анкетировании очень ценно, так как полученная информация в ходе исследования позволит изучить Ваше мнение о работе среднего медицинского персонала, и определить мероприятия по повышению эффективности их деятельности.
Благодарим Вас за сотрудничество!

- 1) Пол _____
- 2) Место жительства:
 - а) город
 - б) поселок
- 3) Удовлетворены ли Вы работой медицинского персонала данного отделения?
 - а) да
 - б) нет
- 4) Соответствует ли нормам внешний вид медицинской сестры?
 - а) да
 - б) нет
- 5) Проводят ли медицинская сестра с Вами беседы о заболевании?
 - а) да
 - б) нет
- 6) Используют ли медицинские сестры наглядный материал?
 - а) да
 - б) нет
- 7) Осведомленность о знаниях факторов риска развития пневмонии
 - а) да
 - б) нет
- 8) Имеется у Вас профессиональные вредности?
пребывания в больнице?
 - а) да
 - б) нет
- 9) Вы курите?
 - а) да
 - б) нет
- 10) Хронические заболевания в анамнезе
 - а) да
 - б) нет
- 11) Частота проветривания палат в отделении?
 - б) 2-3 раза
 - в) 5-6 раз

12) Удовлетворены ли Вы качеством и полнотой информации, доступной на официальном сайте медицинской организации?

- б) да, полностью
- в) больше да, чем нет
- г) больше нет, чем да
- д) не удовлетворен

13) Проводится санпросветработа в отделении? :

- а) да
- б) нет

14) Отношение медицинских сестер к пациентам во время пребывания в стационаре

- б) да, полностью
- в) больше да, чем нет
- г) больше нет, чем да
- д) не удовлетворен

Спасибо!