

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» (НИУ «БелГУ»)**

МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

ЦМК клинических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ПРИ ПНЕВМОНИЯХ**

Дипломная работа студентки
очно - заочного отделения группы 03051580
специальности 340201 Сестринское дело
Шоль Ольги Владимировны

Научный руководитель:

преподаватель

Е. В. Войковская

Рецензент:

Врач-рентгенолог,

ОГБУЗ «Городская больница № 2 г. Белгорода»

Морозова Е.Ю.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЯМИ.....	5
1.2. Характеристика пневмоний и их осложнения.	5
1.2. Классификация пневмоний.....	8
1.2. Клиническая картина.....	10
1.3. Диагностика пневмонии.....	15
1.4. Деятельность медицинской сестры по организации ухода за пациентами с пневмонией в условиях стационара.....	18
1.5. Профилактика.....	24
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ.....	26
2.1. Материалы и методы исследования.....	26
2.2. Рекомендации для медицинских сестер по улучшению качества оказываемой помощи пациентам.....	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	41
ПРИЛОЖЕНИЕ	43

ВВЕДЕНИЕ

«Первые упоминания о воспалении в респираторных отделах дыхательного тракта приводились Цельсом и в дальнейшем за счет накопления клинического опыта с подробным описанием Виллисом 1684 году приблизило врачей к пониманию пневмонии как самостоятельному заболеванию. Выделение Рокитанским (1842г.) двух морфологических вариантов пневмонии: долевой и бронхопневмонии, затем открытие Рентгеном (1895) возможности лучевой диагностики создало основы классификации и диагностики пневмонии, которыми пользуются и современные клиницисты. Проблема диагностики и лечения пневмонии являются одной из самых актуальных в современной терапевтической практике» [1, с. 54-55].

Актуальность темы.

В XXI веке пневмония остается распространенной и опасной для жизни человека заболевание дыхательных путей. На протяжении многих лет в нашей стране и за рубежом эпидемиологические показатели продолжают свидетельствовать о неблагоприятной ситуации, которая связана с пневмонией. В Европе заболеваемость пневмониями колеблется от 3 до 15 случаев на 1 тыс. человек в год. В России этот показатель составляет 5-8 (диагностированных) случаев на 1 тыс. населения. Среди пациентов с пневмонией преобладают мужчины, которые составляют от 52 до 56% пациентов, женщины от 44 до 48%. Ошибки в диагностике пневмоний достигают 20%, диагноз пневмония впервые 3 дня болезни устанавливается у 35% заболевших. Примерно 4-5 миллионов людей в России ежегодно заболевают данной патологией. Заболеваемость взрослого населения в возрасте от 16 до 50 лет составляет 5-10%, старше 50 лет – примерно 20-40%.

Пневмония является одним из самых распространенных инфекционных заболеваний.

Гипотеза исследования: предупреждение развития и осложнений пневмоний.

Цель дипломной работы – определение профессиональных компетенций медицинской сестры в повышении качества лечебно-диагностических мероприятий, профилактике и помощи пациентам в борьбе с пневмониями.

Задачи:

Для достижения поставленной цели решались следующие задачи:

1. Сбор теоретической информации и анализ данных.
2. Определение роли медицинской сестры в организации лечебно - диагностического процесса и ухода за пациентами с пневмонией.
3. Разработка анкеты и проведение анкетирования пациентов на базе ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больнице Святителя Иоасафа» для выяснения отношения пациентов к своему здоровью.

Объект исследования: пациенты с пневмониями, находящиеся на лечении в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

- анализ медицинской литературы по данной теме
- проведение анкетирования
- составление статистических диаграмм

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при пневмониях.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Время исследования: 2018-2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПНЕВМОНИЯМИ

1.2. Характеристика пневмоний и их осложнения.

Пневмония – это острое воспалительное заболевание инфекционного характера, которое поражает легкие человека, причем затронуты все ткани органа.

Этиология

Данная терминология подразумевает под собой совокупность широкого спектра заболеваний. При этом, вполне логично, что каждой из них свойственна индивидуальная этиология и патогенез. Исходя из этого для каждой пневмонийной патологии характерной является индивидуальная симптоматика, картина при реализации рентген диагностики, показатели и результаты разнообразных лабораторных и перкуссионных, а также анамнестических данных.

«Для прогнозирования этиологии пневмоний, очень важно их подразделение на госпитальные (внутрибольничные, нозокомиальные) и внебольничные.

К числу актуальных микроорганизмов, ответственных за развитие внебольничной пневмонии, относятся следующие:

А) внебольничных (внегоспитальных) пневмоний:

1. *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк) – 70-90% всех пациентов внебольничной пневмонией
2. *Haemophilus influenzae* (гемофильная палочка)
3. *Mycoplasma pneumoniae*
4. *Chlamydia pneumoniae*
5. *Legionella pneumophila*

6. Другие возбудители: *Moraxella catarrhalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus haemolyticus*.

Б) Внутрибольничных (госпитальных / нозокомиальных) пневмоний (т.е. пневмоний, которые развиваются через 72 ч после госпитализации).

1. Грамположительная флора: *Staphylococcus aureus*

2. Грамотрицательная флора: *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Haemophilus influenzae*, *Enterobacter*, *Serratia*

3. Анаэробная флора: грамположительная (*Peptostreptococcus* и др.) и грамотрицательная (*Fusobacterium*, *Bacteroides* и др.)

В) пневмоний при иммунодефицитных состояниях (врожденных иммунодефицит, ВИЧ-инфекция, ятрогенная иммуносупрессия):

1) пневмоцисты;

2) патогенные грибы;

3) цитомегаловирусы» [3, с. 48-49].

Патогенез

В случае системных, специфических инфекций, где поражение легких является лишь частью заболевания, основная значимость возбудителя, способного преодолеть защитные барьеры организма, не вызывает сомнений. Возбудителями при пневмонии являются условно-патогенные микроорганизмы, чаще всего сапрофиты, и нужно признать, что, либо возбудитель неожиданно получает новые качества и становится патогенным, либо из-за уменьшения активности защитных сил организма происходит попадание инфекционных агентов в респираторные отделы легких и формируются подходящие условия для их размножения. Из этого следует, что очень важно изучение функционального состояния защитных барьеров дыхательной системы.

«Барьерным факторами защиты от инфекционных агентов нижних отделов дыхательных путей являются:

1) механические факторы.

2) механизмы неспецифического и специфического иммунитета.

Выделяют влияющие на развитие пневмонии следующие патогенетические механизмы:

а) аспирация секрета ротоглотки;

б) вдыхание аэрозоля, в котором содержатся микроорганизмы;

в) гематогенное распространение микроорганизмов из внелегочного очага инфекции (эндокардит с поражением трикуспидального клапана, септический тромбофлебит);

г) прямое распространение инфекции из располагающихся рядом пораженных органов (при абсцессе печени) или в следствии инфицирования при проникающих ранениях грудной клетки.

Надо сказать, что самыми частыми путями попадания инфекции являются ингаляция возбудителей и аспирация содержимого носоглотки.

У пациентов, у которых пневмония возникает среди полного здоровья и считается единственным эпизодом в их жизни, причину болезни определить очень трудно. Но у многих пациентов, особенно которые страдают повторными пневмониями, возможно и желательно найти нарушения защитных барьеров дыхательной системы, которые содействуют интенсивному размножению микроорганизмов и формированию пневмонии» [4, с. 120-123].

Российские клиницисты издавна считали, что возникновение, течение и исход пневмонии зависят как от вирулентных свойств возбудителя заболевания, так и от выраженности реакции макроорганизма на инфекцию.

В исследовании патогенеза пневмонии особым достижением является – представление ее как воспалительного инфекционного процесса– уже принесло свои результаты. Обширное использование антибиотиков значительно облегчило лечение пациентов и улучшило его результаты. Последующее лечение, уточнение механизмов появления пневмонии делает реальной возможность профилактики данного заболевания. Понимание механизмов тяжелого течения и осложнений пневмонии даст возможность уменьшить летальность и сделать лечение пневмонии еще более результативным.

1.2. Классификация пневмоний

На разных этапах формирования наших представлений о пневмонии предлагались различные подходы к классификации заболевания, многие из которых к настоящему времени утратили фактическую значимость и представляют лишь исторический интерес.

На сегодняшний день пневмонии делятся на следующие:

1. Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии;
2. Внебольничные пневмонии
3. Аспирационные пневмонии;
4. Пневмонии при иммунодефицитных состояниях.

Внутрибольничные (нозокомиальные) пневмонии возникают спустя 2 и более дней пребывания пациента в стационаре при отсутствии клинико-рентгенологических признаков легочного воспаления при госпитализации.

Аспирационные пневмонии распространены у психически больных; у лиц с заболеваниями ЦНС; страдающих рвотой; алкоголиков.

Пневмонии при иммунодефицитных состояниях характерны для онкологических больных, получающих иммуносупрессивную терапию, а также наркоманов и ВИЧ-инфицированных.

В последние годы стали выделять пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи (англ. *healthcare-associated pneumonia*). Выделение этой группы обусловлено тем, что в некоторых случаях согласно вышеописанной классификации, по срокам возникновения пневмонии – это внебольничная, но по спектру возбудителей приближается к нозокомиальной.

2. По механизму развития выделяют пневмонии:

-первичные, развивающиеся как самостоятельная патология;

-вторичные, развивающиеся как осложнение сопутствующих заболеваний (например, застойная пневмония)

-аспирационные, развивающиеся при попадании инородных тел в бронхи (пищевых частиц, рвотных масс и др.)

-посттравматические

-послеоперационные

-инфаркт-пневмонии, развивающиеся вследствие тромбоэмболии мелких сосудистых ветвей легочной артерии.

4. По степени заинтересованности легочной ткани встречаются пневмонии:

-односторонние (с поражением правого или левого легкого)

-двусторонние

-тотальные, долевыe, сегментарные, прикорневые (центральные).

5. По характеру течения пневмонии могут быть:

-острые

-острые затяжные

-хронические

6. С учетом развития функциональных нарушений пневмонии протекают:

-с наличием функциональных нарушений (с указанием их характеристик и выраженности)

-с отсутствием функциональных нарушений.

7. С учетом развития осложнений пневмонии бывают:

-не осложненного течения

-осложненного течения(плевритом, абсцессом, бактериальным токсическим шоком, миокардитом, эндокардитом и т. д.).

8. На основании клинико-морфологических признаков различают пневмонии:

-паренхиматозные (крупозные или долевыe)

-очаговые (бронхопневмонии, дольковыe пневмонии)

-паренхиматозные (крупозные или долевыe)

-интерстициальные (чаще при микоплазменном поражении).

9. В зависимости от тяжести течения пневмонии делят на:

- легкой степени тяжести;
- средней степени тяжести;
- тяжелой.

Факторы, предрасполагающие к развитию пневмонии:

1) нарушение взаимодействия верхних дыхательных путей и пищевода (алкогольный сон, наркоз с интубацией, эпилепсия, травмы, инсульты, заболевания ЖКТ: рак, стриктура пищевода и др.)

2) заболевания легких и грудной клетки со снижением местной защиты дыхательных путей.

3) инфекция синусовых пазух (лобных, гайморовых и др.)

4) общеослабляющие организм факторы (алкоголизм, уремия, СД, переохлаждение и др.)

5) иммунодефицитные состояния, лечение иммунодепрессантами.

6) путешествия, контакт с птицами (хламидийная пневмония), кондиционерами (легионеллезная пневмония);

7) послеоперационный период.

8)застойная недостаточность сердца.

9 истощающие заболевания, старость.

1.2. Клиническая картина.

«Клиническая картина пневмонии зависит от объема поражения легочной ткани, тяжести течения, вирулентности возбудителя, наличия сопутствующих заболеваний, возраста пациента» [6, с.15].

«Основные синдромы пневмонии:

- лихорадочный;
- интоксикационный;
- бронхитический;

- 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 клебсиеллёзной пневмонии.

Кровянистая мокрота — при осложнениях пневмонии, либо требует дифференциальной диагностики с туберкулезом, раком, ТЭЛА, геморрагическим васкулитом и т. д.

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, а рентгенологически — очагово-инфильтративные изменения ткани легкого

5) Синдром активности воспалительного процесса: 10^4 – 10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до юных нейтрофилов или миелоцитов, лейкопения $<4 \cdot 10^9$ /л или гиперлейкоцитоз $> 25 \cdot 10^9$ /л являются неблагоприятными прогностическими признаками исхода пневмонии, токсическая зернистость нейтрофилов, ускоренное СОЭ, а также повышение уровня СРБ, фибриногена, серомукоида, сиаловых кислот.

Среди других проявлений заболевания могут быть:

- Нарушения сознания (спутанность, возбуждение, сопор и т. д.)

- Кожные проявления (петехиальная сыпь, кровоизлияния, герпес, желтуха)

- Сосудистые реакции (тахи - или брадикардия, нестабильная гемодинамика)» [7, с 86].

Симптомы принято делить на стадии пневмонии:

- 1) начальная (инициальная);
- 2) развернутая (фаза разгара);
- 3) выздоровления (реконвалесценции).

Далее речь пойдет о клинике классической крупозной (лобарной) пневмонии.

Начальная стадия.

Характерны слабость, головная боль, боль в боку при дыхании (нередко – сухой плеврит), интоксикация, подъем температуры (внезапно – до высоких цифр, 35,5 -39, С, с ознобом). В анамнезе часто указано переохлаждение (купание в холодной воде, сон на земле). Симптоматика может напоминать грипп. Отмечаются боли в мышцах, суставах, отсутствие аппетита, нарушение сна. При осмотре можно выявить бледность кожных покровов, акроцианоз, герпетические высыпания на губах. В легких на стороне пневмонии дыхание слегка ослаблено, перкуторный звук немного укорочен, голосовое дрожание и бронхофония, как правило, не изменены. Может выслушиваться начальная крепитация, напоминающая звук трения волос над ухом.

Стадия разгара.

Состояние больного становится более тяжелым; как правило, он лежит из-за выраженной слабости, астении. Пораженная сторона грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Частота дыханий более 20 в минуту (одышка в покое с нарушением вдоха). Температура держится на высоких цифрах, тип лихорадки – постоянный или изнуряющий. Аппетит отсутствует, лицо гиперемировано; потливость, герпес на губах, возможны тошнота, редко рвота (из-за интоксикации). Дыхание в легких ослаблено или отсутствует над зоной пневмонии, усилены голосовое дрожание и бронхофония (если нет

экссудативного плеврита). Главный признак- влажные мелкопузырчатые хрипы над локальным участком легких (чаще-в заднебоковых отделах, ниже лопатки, между лопаток, в подмышечной области). напоминает бедренный (мышечный). У пожилых людей и пациентов с тяжелым течением болезни возможны потеря сознания, бред. Наблюдается отставание пораженной половины грудной клетки при дыхании. При пальпации кожная складка утолщена на стороне поражения (симптом Винтриха). На рентгенограмме определяется затемнение, чаще округлой формы в несколько сантиметров, или выполняющее границы сегментов, долей.

Фаза реконвалесценции.

При успешном лечении начинается критическое или литическое снижение температуры вплоть до нормальной. Уменьшаются одышка и интоксикация, появляется аппетит. Клиническое выздоровление занимает до 1-1,5 месяцев, лихорадка исчезает, как правило, в течение 14-15 дней.

Клиническими проявлениями очаговой пневмонии являются признаки синдрома воспалительной интоксикации, уплотнения легочной ткани. Характерно постепенное начало очаговой пневмонии на фоне предшествующего бронхита с усилением имевших место симптомов воспалительного процесса. Усиливаются общая слабость, потливость, кашель, который может быть сухим или с отделением небольшого количества слизистой, слизисто-гнойной или гнойной мокроты. Аппетит снижен. Одышка смешанного характера типична при сегментарной пневмонии.

Возможно острое начало с повышения температуры тела до 38,0-39,0 °С, озноба, выраженной потливости, кашля и одышки. Боль в грудной клетке не типична. Возникает лишь в том случае, когда воспалительные очаги расположены в непосредственной близости к плевре.

При общем осмотре отмечается повышенная влажность кожных покровов, при крупноочаговом характере процесса и высокой температуре тела- выражен цианоз и гиперемия кожи. Гипертермия ремиттирующего или интермиттирующего характера.

Осмотр грудной клетки: в случае крупноочаговой пневмонии может отмечаться увеличение одной половины грудной клетки (на стороне поражения), учащенное (тахипноэ) и несколько затрудненное дыхание, отставание пораженной стороны в акте дыхания.

При аускультации на фоне жесткого или ослабленного везикулярного дыхания на ограниченном участке выслушиваются крепитация и влажные хрипы (мелко- и среднепузырчатые). За счет вовлечения в воспалительный процесс приводящего бронха могут появляться свистящие сухие хрипы на ограниченном участке аускультации. Бронхофония усилена.

Осложнения пневмонии.

Воспаление легких или пневмония – это заболевание, которое требует своевременного и качественного лечения, ведь поражение легочной ткани – довольно серьезная патология. Наиболее опасно состояние, когда осложнения пневмонии касаются внутренних жизненно важных органов.

Причины осложнения пневмоний.

Осложнением называют течение пневмонии, при которой в бронхолегочной системе происходят реактивные процессы, вызванные воспалительным процессом и размножением микробов.

Виды осложнений после пневмонии.

Различают два вида развития осложнений пневмонии:

- легочные;
- внелегочные.

К бронхолегочным можно отнести следующие осложнения:

- эмпиема плевры;
- абсцесс или гангрена легкого;
- отек легких;
- реактивный плеврит;
- деструкция ткани легких;
- острая и хроническая дыхательная недостаточность.

Осложнения после пневмонии могут дать осложнения на сердце в виде:

- неспецифический эндо-, пери- и миокард;
- острое и хроническое легочное сердце.

К другим внелегочным осложнениям можно отнести:

- сепсис;
- менингит и менингоэнцефалит;
- гемолитическая анемия;
- интоксикационный психоз;
- нарушение функций почек;
- синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания.

Именно наличие различных осложнений может непосредственно влиять на развитие течения самого заболевания.

1.3. Диагностика пневмонии.

Своевременная диагностика пневмонии необходима для раннего целенаправленного лечения. Распознавание пневмонии не представляет затруднений, если заболевание началось остро и сопровождается лихорадкой, интоксикацией, отчетливыми изменениями в легких, определяемыми клинически и рентгенологически.

Большое значение в диагностике пневмонии имеет хорошо собранный и тщательно проанализированный анамнез. (5. С. 164).

Основные методы диагностики, которые позволяют определить наличие артериальной гипертензии у человека, это:

1. Измерение АД.
2. Определение частоты пульса и его характеристик.
3. Рентгенологическое исследование сердца и органов грудной клетки.
4. Электрокардиография (ЭКГ).
5. Общий анализ мочи (ОАМ).

6. Общий анализ крови (ОАК).
7. Биохимический анализ крови.
8. Анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко.
9. Рентгеноскопия.
10. Рентгенография.
11. Флюорография.
12. Бронхоскопия.
13. Ультразвуковая диагностика легких.
14. Плевральная пункция.
15. Легочная вентиляция.
16. Исследование мокроты.

Принципы лечения пневмоний.

Как правило, пациентов с пневмонией, госпитализируют в терапевтическое отделение или отделение пульмонологии. На период интоксикации и лихорадки назначается теплое обильное питье, постельный режим, высококалорийное, полноценное питание. При дыхательной недостаточности пациентам назначают ингаляции кислорода.

В лечении пневмонии главным считается антибактериальная терапия. Подбор антибиотика проводит врач, никакое самолечение недопустимо.

При внегоспитальной пневмонии чаще назначают:

- пенициллины (амоксциллин с клавулановой к-той, ампициллин и т. д.),
- макролиды (спирамицин, рокситромицин),
- цефалоспорины

Выбор способа введения антибиотика определяется тяжестью течения пневмонии.

Для лечения внутрибольничных пневмоний используют:

- пенициллины;
- цефалоспорины;
- фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин и т. д.);
- карбапенемы (имипенем);

-аминогликозиды (гентамицин).

Таблица 1. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии:	
Виды течения	Антибактериальная терапия
Легкое течение. Возбудители: S.Pneumoniae, Mycoplasma, Chlamidia.	Антибиотики 1 ряда: 1. Амоксициллин, амоксициллин клавулат. Антибиотики альтернативного выбора: 1. Цефалоспорины 2 поколения: цефуроксим аксетил. 2. Макролиды: эритромицин. 3. Фторхинолоны: левофлоксацин. 4. Тетрациклины: доксициклин.
Среднетяжелое течение. Возбудители: S.Pneumoniae, Mycoplasma, Chlamidia, H. Influenza.	Антибиотики 1 ряда: 1. Ампициллин, амоксициллин клавулат. Антибиотики альтернативного выбора: 1. Цефуроксим аксетил. 2. Цефатоксим. 3. Левофлоксацин.
Тяжелое течение. Возбудители: S.Pneumoniae, Legionella, Enterobacteriaceae.	Антибиотики 1 ряда: 1. Цефтриаксон, цефатоксим. Антибиотики альтернативного выбора: 1. Левофлоксацин, моксифлоксацин. .

Рекомендовано при пневмониях проведение дезинтоксикационной терапии, иммуностимуляции, назначения жаропонижающих, отхаркивающих и муколитических, антигистаминных средств.

После прекращения лихорадки и интоксикации режим расширяют и назначают проведение физиотерапии (электрофорез с кальцием хлоридом, калием йодидом, гиалуронидазой, УВЧ, массаж, ингаляции) и лечение пневмонии проводится до полного выздоровления пациента, которое определяется нормализацией состояния и самочувствия, физикальных, рентгенологических и лабораторных показателей. При частых повторных пневмониях одной и той же локализации решается вопрос о хирургическом вмешательстве.

1.4. Деятельность медицинской сестры по организации ухода за пациентами с пневмонией в условиях стационара

Четкая структура организации, основанная на методических разработках и утвержденная в высших инстанциях здравоохранительных органов, позволяет составить план сестринского вмешательства и следовать ему, сверяясь с инструкциями на каждом пункте.

Выделяют пять главных этапов, каждый из которых ориентирован на достижение определенной промежуточной цели, и весь комплекс в целом дает возможность победить пневмонию.

Оценка состояния.

В первую очередь нужно установить с пациентом хороший личный контакт, успокоить, ободрить. Умение общаться – одно из важных умений, которым должна владеть медицинская сестра. Пациенты во время заболевания ощущают множество физических и психологических трудностей. Им может потребоваться поддержка, совет, успокоение или просто возможность

поделиться своими душевными переживаниями. Эффективная беседа с пациентом играет большую роль в его лечении.

Продуктивность общения можно повысить, если:

- Говорить чётко и понятно, не используя сложную терминологию;
- Привлечь внимание пациента;
- Правильно выбирать время для общения;
- Следить за интонацией своего голоса, мимикой и жестами;
- Выбирать нужную громкость;
- Не перебивать собеседника, внимательно его слушать.

Эффективность общения могут повысить похлопывания по плечу, пожатие руки. Очень важно внушить пациенту веру в то, что назначенное лечение принесет желаемый результат. Это говорит о том, что медицинская сестра сочувствует пациенту, сопереживает и эмоционально поддерживает. При пневмониях успех лечения во многом зависит от качественного медицинского ухода. В процессе терапии основного заболевания, проводимой в условиях стационара или на дому, не обойтись без сестринских вмешательств, которые облегчают состояние заболевшего, позволяют контролировать эффективность лечения, учитывают особенности ухода и устраняют возможные проблемы, связанные с течением пневмоний. Комплекс мероприятий или, правильнее, сестринский процесс при пневмонии, находящийся в сфере интересов среднего медицинского персонала, имеет особое значение. Впрочем, и более легкое течение требует вмешательства медсестер. Но все-таки более подробно стоит остановиться на организации сестринского процесса и на наличии особенностей, с учетом которых составляется план ухода за больным.

В процессе важно оценить текущее состояние. Для пациентов с пневмонией на этом этапе проводится:

1. Измерение температуры тела.
2. Подсчет частоты дыхания и пульса.
3. Определение уровня артериального давления.

Все эти данные нужны для составления полной картины об уровне вовлечения в патологический процесс органов и систем. Полученные сведения заносятся в карту пациента. Такая мера облегчает работу врача, способствует постановке точного диагноза.

Все сведения о состоянии пациента обязательно отражаются в дневнике сестринского ухода.

Выявление проблем.

Следующим пунктом является определение приоритетной проблемы пациента и потенциальных осложнений и рисков. Наиболее часто основные угрозы связаны с воспалением в одной или нескольких долях легкого, что сопровождается одышкой и причиняет существенный дискомфорт больному.

Пневмония грозит осложнениями со стороны сердечной системы, что проявляется тахикардией и изменением нормальных показателей давления. Нередко нарушения связаны с проблемами со сном, с повышенной тревожностью и страхами.

Определив приоритетную проблему, медсестра должна сообщить о своем наблюдении лечащему врачу, поскольку именно он составляет план лечения. Потенциальные проблемы имеют значение для профилактики возможных осложнений, которые нередко встречаются при воспалении легких. Раннее их определение способствует выздоровлению в кратчайшие сроки без неприятных последствий заболевания. Приоритетные проблемы должны решаться немедленно – зачастую (особенно при остром течении) они представляют прямую угрозу жизни.

Каждая выявленная в ходе сестринского процесса проблема находит свое отражение в последующем назначении врача. Грамотный специалист учитывает не только данные лабораторных показателей, но и наблюдение помощников среднего звена.

Составление плана.

Получив предварительные данные и результаты врачебного осмотра, медицинская сестра определяет последовательность собственной деятельности,

связанной с уходом, лечением и реабилитацией больного. На этом этапе требуется составление плана с указанием конкретных действий, необходимых для успешной реализации поставленных целей. При этом обязательным является корректировка запланированных действий с учетом текущего состояния пациента и внесение необходимых изменений, что требует возврата к предыдущему пункту. Все поправки осуществляются на основании заключения врача, поскольку динамические изменения в ходе лечения требуют его вмешательства.

Выполнение сестринских обязанностей.

Вмешательство среднего медицинского персонала не должно сводиться только к наблюдению за пациентами и выполнению назначенных врачом лечебных мероприятий. Уход в острой стадии болезни, режим питания, обеспечение соответствующих гигиенических условий, профилактика поздних осложнений воспаления легких – эта деятельность находится в комплексе сестринской помощи и во многом влияет на результат терапии. Чтение карты больного и своевременное выполнение назначений врача также важная часть работы медсестры.

Оценка эффективности.

Задачей последнего этапа является определение правильности выбранной тактики лечения. В том случае, если все сделано верно и своевременно, пневмония отступит без осложнений и негативных последствий примерно через 10–14 дней от начала терапии. Коррекция назначений в случае менее благополучного развития болезни осуществляется врачом. Сестринское участие требует повтора всех предыдущих шагов организации и составление нового плана действий.

Функции среднего медицинского персонала чем более детально и комплексно организован процесс, тем лучших результатов удастся достичь за короткое время. В этом существенную роль играет средний медицинский персонал, поскольку основные мероприятия по уходу за пациентами с пневмонией связаны именно с сестринской помощью.

Задачами среднего персонала является:

-Создание оптимальных условий.

-Проведение необходимых гигиенических процедур.

-Кормление и контроль за режимом питья.

-Осуществление медицинских манипуляций и важных реабилитационных мероприятий.

-Помимо всего прочего, контроль процессов, связанных с течением болезни в динамике, также относится к обязанностям медицинской сестры.

-О каждом из этих этапов стоит рассказать более подробно.

-Создание оптимальных условий

-Сестринская помощь начинается с обеспечения условий, которые облегчают состояние больного человека. Такой приоритет связан с тем, пневмония с острыми проявлениями интоксикации значительно ограничивает физические возможности.

Что подразумевается под комфортными условиями:

- Режим проветривания и влажных уборок. Это обеспечивает оптимальную температуру и влажность в помещении, где находится пациент.
- Своевременное изменение положение тела. Служит профилактикой образования пролежней, что особенно актуально для пожилого человека с учетом особенностей возрастной физиологии.
- Ограничение физической и психологической нагрузки – необходимое условие для ребенка.
- Функциональное, с точки зрения облегчения дыхания, приподнимание изголовья кровати улучшает вентиляцию легких и способствует профилактике застойных явлений при острых пневмониях.

Гигиенические процедуры, чистота тела повышает комфорт больного и улучшает его физическое и эмоциональное состояние. Учитывая, что пневмония в первые дни требует соблюдения постельного режима, а личная гигиена может стать проблемой, в сестринские обязанности входит обмывание

открытых участков тела в условиях кровати. Санитарная обработка должна стать ежедневным процессом и проводиться регулярно и качественно.

Обеспечение питания и питьевого режима.

Острое заболевание, сопровождающееся значительным подъемом температуры, требует соблюдения режима питья и кормления. В задачу медсестры входит отслеживание объема потребляемой жидкости, помощь при кормлении и обеспечение соответствующей лечебной диеты. Проблема снижения аппетита у пациента дает основание внести изменения в план, обусловленный сестринским процессом. Также не стоит забывать, что все

нехарактерные ранее и вновь выявленные проблемы должны быть известны врачу. Особенно часто от еды отказываются дети, и зачастую, кроме внимательной медсестры, никто не заметит, что малыш ничего не ест. В ряде случаев составляется карта индивидуального питания. Это поможет накормить капризного ребенка и позволит избежать проблем, связанных с отказом от пищи.

Медицинские процедуры.

Назначенные врачом лекарственные препараты должны своевременно и в нужной дозировке попадать в организм больного пневмонией. Это того зависит выздоровление. Медицинская сестра должна проследить, чтобы лекарства были приняты вовремя, обеспечить постановку капельниц и инъекций, а также сопроводить пациента на все назначенные обследования и процедуры.

Реабилитация.

Пневмония сопровождается слабостью, снижением мышечного тонуса, а также нарушениями со стороны дыхательной системы. Во многом облегчить состояние пациента можно с помощью лечебной гимнастики. Она проводится, как только позволят результаты врачебного осмотра, а затем будет сделано соответствующее назначение. В период постельного режима все занятия сводятся к простейшим движениям в пределах кровати. Их польза также неоспорима – они улучшают вентиляцию легких и позволяют избежать застойных явлений. С расширением двигательного режима, начинаются более

активные занятия сначала в палате, затем в коридоре или общем зале для лечебной физкультуры. Своевременно начатые реабилитационные мероприятия позволяют снизить риск развития поздних осложнений, а также способствуют быстрому восстановлению и возврату к привычному образу жизни. И роль младшего медицинского персонала по уходу за пациентами с пневмонией не стоит недооценивать. Помимо выполнения назначений, она создает более комфортные и психологические условия для пациента, что также способствует скорейшему выздоровлению.

1.5. Профилактика.

Профилактика пневмонии неразрывно связана с оздоровлением окружающей среды, охраной труда, совершенствованием технологий и производственной санитарии.

Вместе с тем профилактика пневмонии означает закрепление среди населения навыков коллективной и личной гигиены, занятия физической культурой и спортом, закаливание организма, искоренение вредных привычек, предупреждение и своевременное лечение гриппа и других вирусных респираторных инфекций.

Пациенты, которые перенесли пневмонию, состоят на диспансерном учете в поликлинике от 6 месяцев до 1 года. Во время этого периода проводится комплекс лечебно-профилактических мероприятий (утренняя гимнастика, массаж, сауна, дыхательные упражнения, рекомендуется прием адаптогенов и других лекарственных средств, повышающих иммунную и общебиологическую реактивность).

К специфической профилактике пневмонии относится вакцинация. Для снижения риска развития пневмонии следует прививаться против гриппа так как это заболевание чаще всего приводит к возникновению воспаления легких.

Существует также вакцина от пневмококковой инфекции- возбудителя которой в большинстве случаев вызывает пневмонию.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ

2.1. Материалы и методы исследования

Практическое исследование происходило на базе «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа» отделение пульмонологии.

Характеристика базы исследования: Пульмонологическое отделение на 60 коек функционирует с 1978г. До 2005 г. мощность отделения составляла 40 коек. С 2005 г. развернуто на 60 коек. Пять врачей имеют высшую квалификационную категорию.

В отделении оказывается помощь по следующим нозологиям: хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, пневмонии, бронхоэктатическая болезнь, саркоидоз, муковисцедоз, атопические дерматит, крапивница, поллиноз, анафилактический шок.

В пульмонологическом отделении при обследовании больных применяются современные методы диагностики — спирально — компьютерная томография грудной клетки, УЗИ — исследование плевральных полостей, спирография, пикфлоуметрия, определение иммунного статуса, серологические методы диагностики онкозаболеваний, выявление паразитарных заболеваний человека. Проводится подбор бронходилататоров с помощью миниспирометра. Внедрены новые методы диагностики диссеминированных процессов в легочной ткани.

Применяются эффективные методы лечения больных с бронхообструктивным синдромом, проводится индивидуальный подбор базисной терапии, единственное отделение в области проводит специфическую иммунотерапию аллергенами из домашней пыли.

Высокая квалификация врачей и современное оснащение отделения позволяют оказывать эффективную специализированную помощь больным с бронхолегочной патологией и аллергологическими заболеваниями.

В исследовании приняли участие 30 пациентов пульмонологического отделения.

Исследование происходило при помощи самостоятельно разработанной анкеты (приложение 1), в которой предлагалось ответить на 17 вопросов.

Распределение респондентов по принадлежности к полу привели к следующим результатам анкетирования: 43% респондентов женского пола и 56% мужского пола. Гендерное разделение показано на рисунке 1.

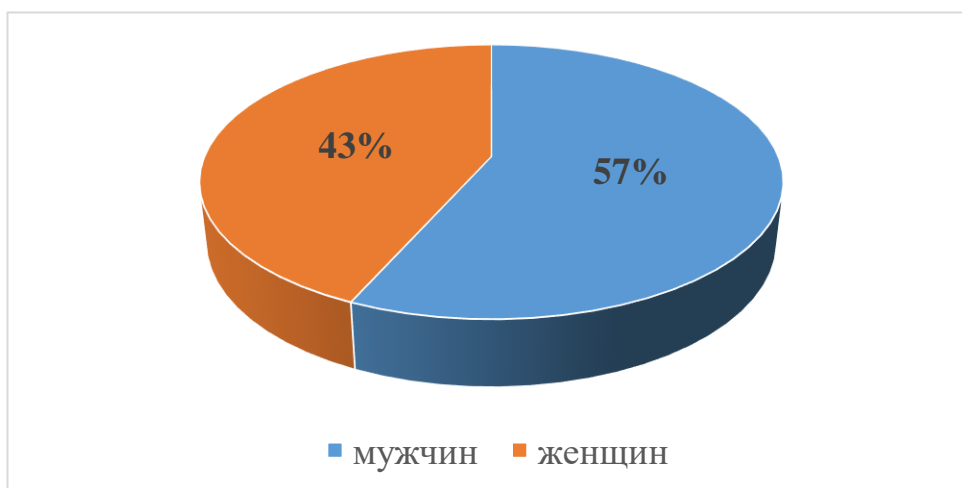


Рис.1. Гендерное разделение пациентов.

Как известно, пневмонией могут заболеть люди всех возрастов. Распределение пациентов по возрасту представлено на рисунке 1.

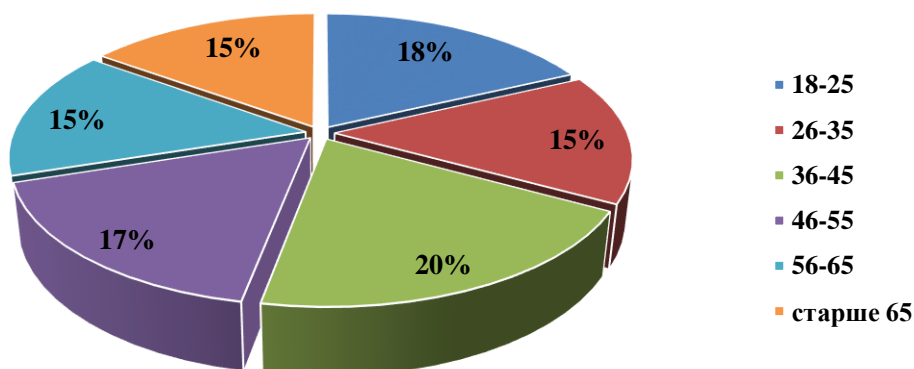


Рис. 1. Распределение по возрасту.

Так как исследование проводилось во взрослом пульмонологическом отделении, возраст пациентов начинается от 18 лет и количество пациентов практически равномерно распределяется по всем возрастным группам.

Следующий вопрос в анкете был направлен на выяснение места жительства респондентов. Получены следующие ответы: 60% проживают в городе, 40% проживают в селе.

Распределение респондентов по месту жительства представлено на рисунке 2.

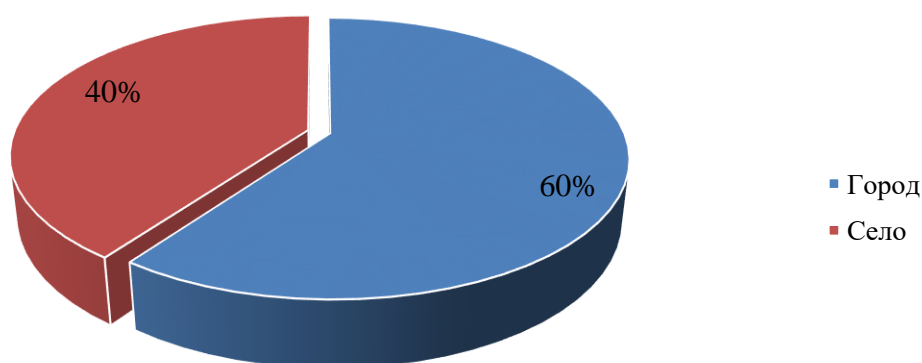


Рис. 2. Распределение пациентов по месту жительства

Как мы видим, в отделение на лечении находятся большинство городских жителей -60%. Распространение инфекции связано с большим скоплением людей.

Следующий вопрос был направлен на выяснение рода деятельности пациентов. Были получены следующие данные: 15% пациентов – студенты и пенсионеры, 40% опрошенных – работающие пациенты, 30% – временно не работают.

Род деятельности пациентов представлен на рисунке 3.

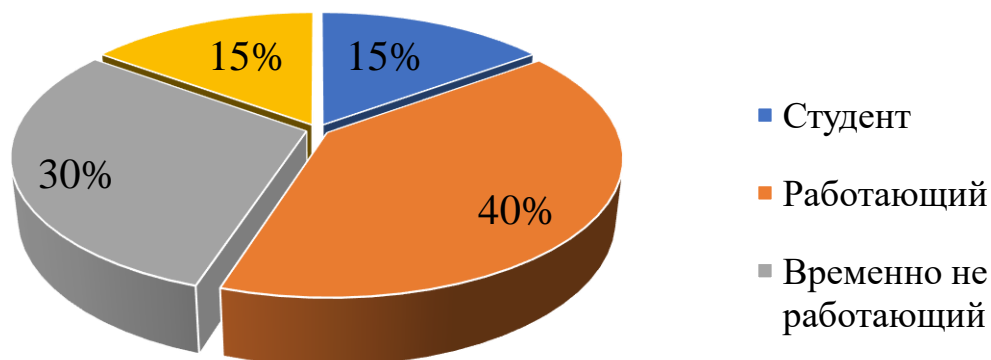


Рис.1. Род деятельности пациентов.

На вопрос «Часто ли вы болеете пневмонией», были получены следующие ответы: Болеют впервые 90% пациентов, болеют 2 раза в год 10%, 3 и более раз в год 0%.

Частота заболеваемости пневмонией представлена на рисунке 4.

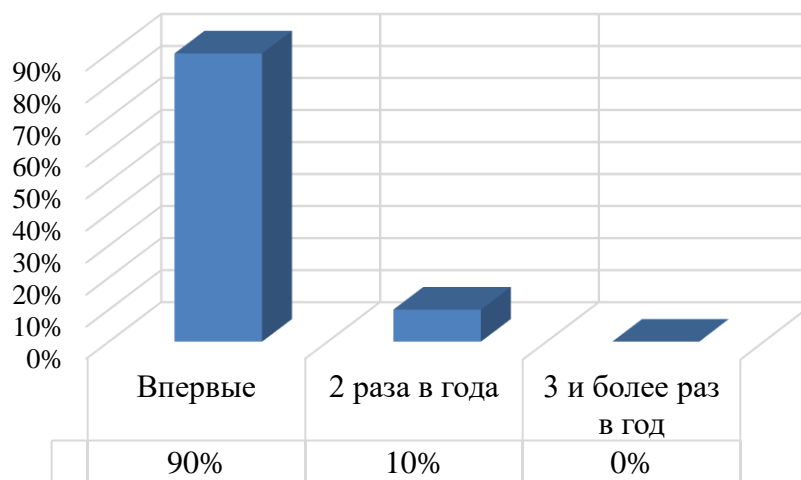


Рис. 4. Частота заболеваемости пневмонией

Абсолютное большинство отметили 90%, что болеют пневмонией первый раз, медицинской сестре при уходе за такими пациентами необходимо в рамках своей компетенции рассказать о причинах и факторах риска заболевания, а также мерах профилактики для предотвращения повторного заражения.

Как известно, пневмония – не генетическое заболевание и по наследству не передается. Мнение пациентов на этот счет представлено на рисунке 5.

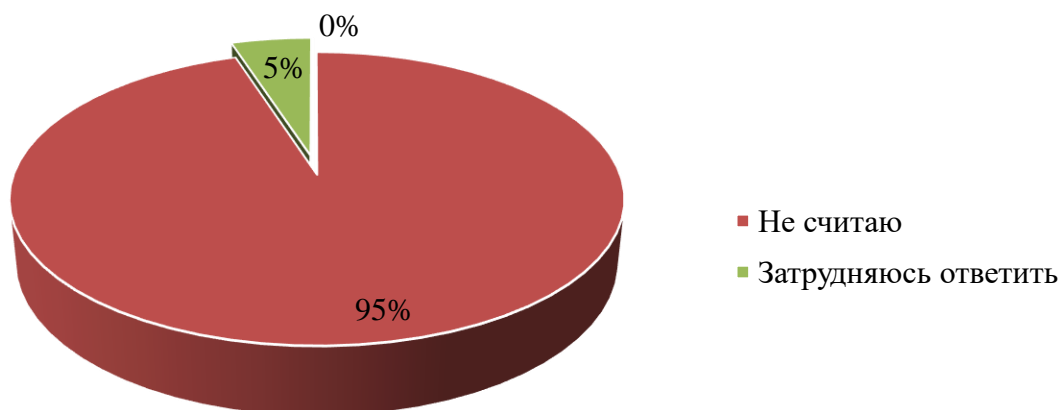


Рис. 5. Мнение пациентов о наследственном характере его заболевания.

95% не считают, что пневмония передается по наследству, 5% затруднились дать определенный ответ.

Медицинская сестра в ходе беседы с пациентами должна рассказать об источнике инфекции и всех возможных путях заражения.

На вопрос «Имеете ли Вы (или имели) профессиональные вредности», были получены следующие данные: 79% ранее или же на данный момент имели профессиональные вредности, только 21% пациентов их не имели. Наличие профессиональных вредностей в прошлом или на данный момент у пациентов представлено на рисунке 6.

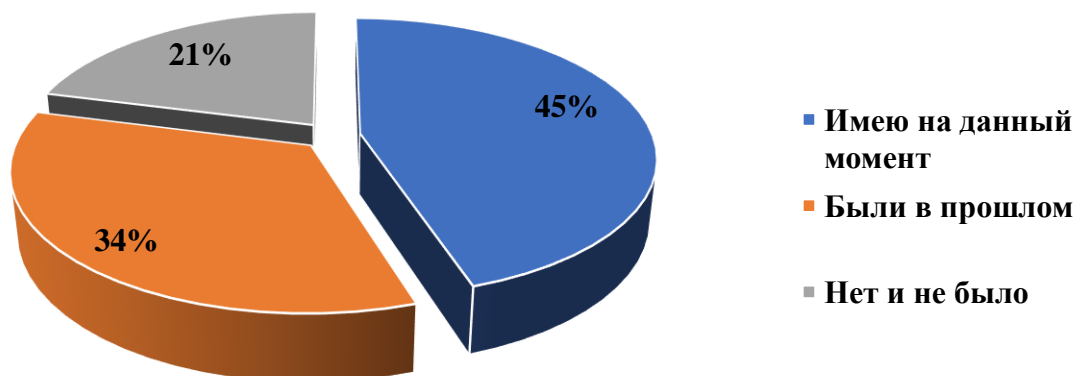


Рис. 6. Наличие профессиональной вредности.

Профессиональные вредности (запыленность, работа с химическими веществами, работа в холодном и влажном помещении, работа с лекарственными препаратами, работа с инфекционными больными и др.) негативно влияют на защитные механизмы и местный иммунитет органов дыхания, что способствует легкому проникновению инфекции.

Медицинская сестра должна рассказать о негативном влиянии раздражающих веществ на состояние дыхательной системы и порекомендовать по мере возможности пациента сменить вид занятости, так как в будущем могут возникнуть серьезные трудно контролируемые осложнения (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, рак легких).

Вредные привычки, такие как курение табака, употребление алкогольной продукции и наркотических средств также негативно и разрушительно влияют на защитную систему не только органов дыхания, но и на весь организм в целом. Наличие вредных привычек у пациентов представлено на рисунке 7.

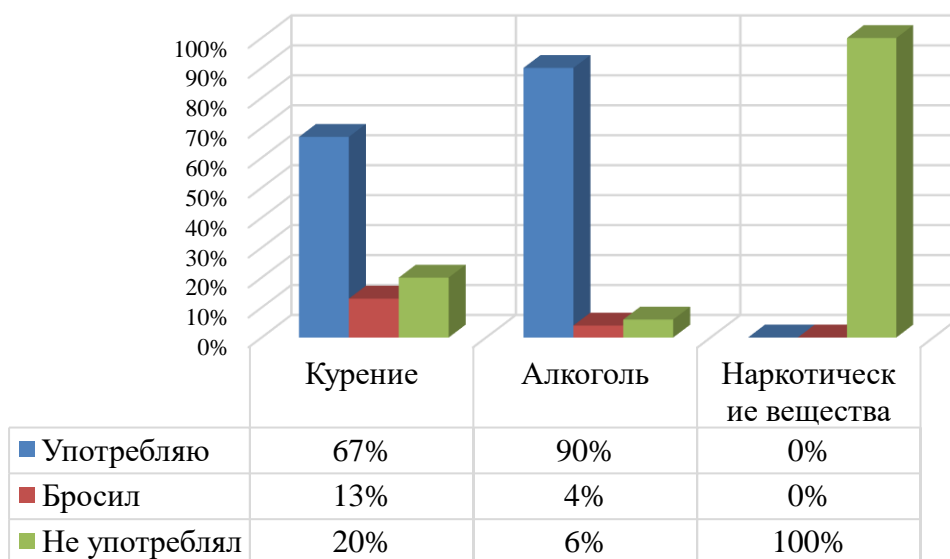


Рис.7. Отношение пациентов к вредным привычкам

Как мы видим, 67% пациентов на данный момент являются активными курильщиками, 13% курили ранее, но бросили, 20% пациентов не курят вообще.

Алкогольные напитки в различной степени употребляют 90%,

4% ранее употребляли, но на данный момент полностью исключили из своей жизни, 6% никогда не употребляют алкогольные напитки.

Медицинская сестра в ходе проведения бесед должна объяснить весь вред, причиняемый вредными привычками не только дыхательной системе, но и всему организму.

На вопрос «Считаете ли Вы, что Ваше питание полноценное», были получены следующие ответы: 25% считают, что питаются достаточно правильно и сбалансированно, а 75% так не считают.

Мнение пациентов о своем питании представлено на рисунке 8.

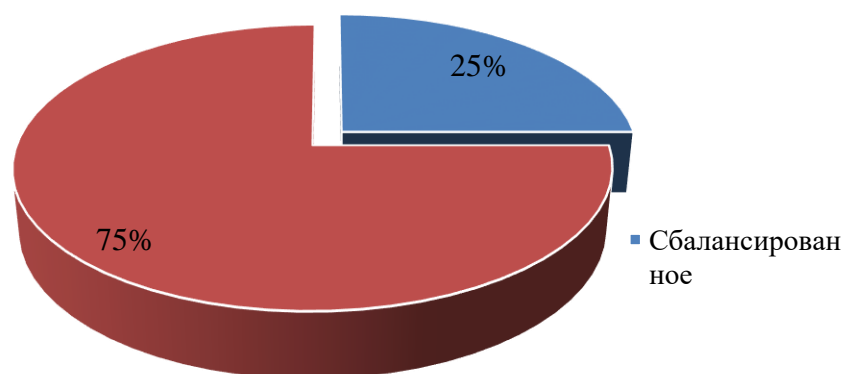


Рис. 8. Мнение пациентов о своем питании.

Питание является важным составляющим фактором крепкого здоровья. С питанием в организм поступают важные питательные вещества, витамины и микроэлементы, улучшающие способность противостоять инфекции, повышая иммунитет.

Медицинская сестра должна рассказать, во-первых, о принципах диеты, назначаемой при пневмонии и о дальнейших принципах питания после выписки.

На вопрос «Часто ли Вы болеете ОРВИ», были получены следующие данные: 1 раз в год болеют 26% пациентов, 2-3 раза в год болеют 40%, 3 и более раз в год 34% пациентов.

Частота заболеваний ОРВИ пациентов показана на рисунке 9.

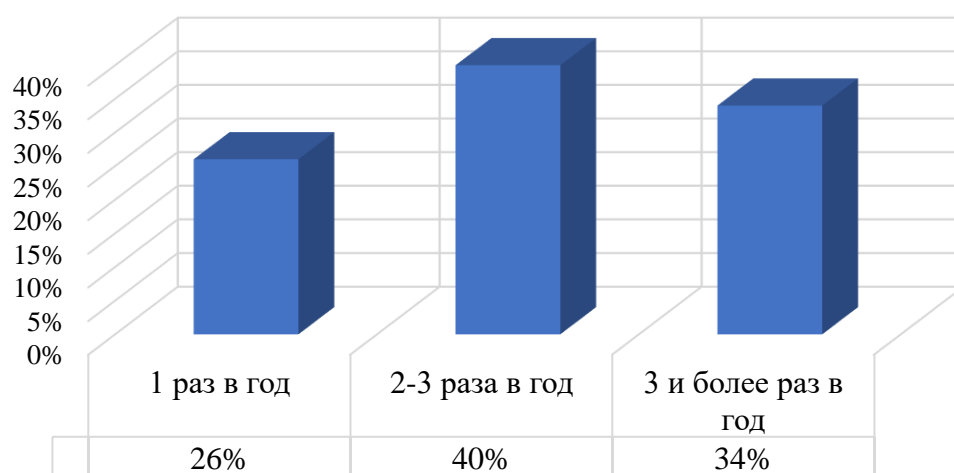


Рис. 9. Частота заболеваний ОРВИ у пациентов.

ОРВИ заболевания снижают местный иммунитет дыхательной системы, увеличивая восприимчивость организма к инфекции.

Медицинская сестра должна рассказать о принципах профилактики ОРВИ, важности повышения уровня сопротивляемости организма (исключить вредные привычки и профессиональные вредности, закаливание, правильное питание, высокий уровень физической активности, вакцинация и т.д.).

На вопрос «Получаете ли Вы сезонные прививки против гриппа», были получены следующие ответы: только 16% респондентов получают сезонные прививки от гриппа, а остальные 84% отказываются от них, аргументируя это недоверием к эффективности вакцинации, в чем они заблуждаются.

Отношение пациентов в вакцинации представлено на рисунке 10.

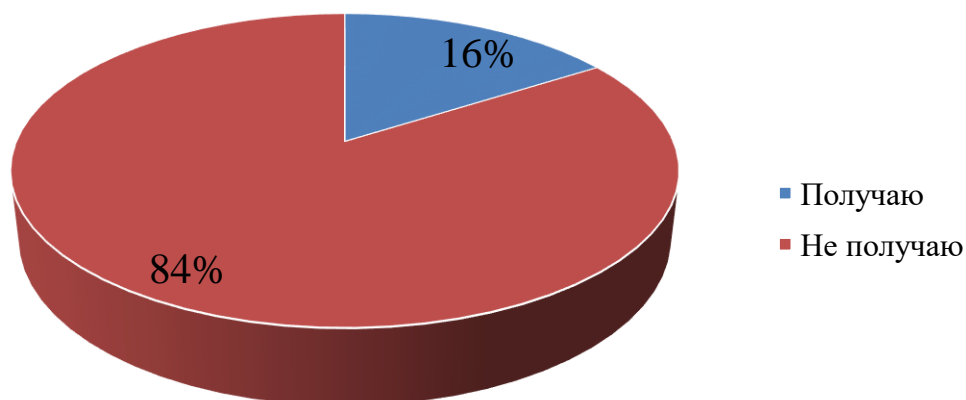


Рис.10. Отношение пациентов к вакцинации.

Иммунопрофилактика против гриппа повышает сопротивляемость организма не только к вирусу гриппа, но и другим инфекционным заболеваниям.

Медицинская сестра должна пропагандировать вакцинацию от гриппа и других инфекций, так как вакцинация – это действенный метод профилактики многих инфекционных заболеваний.

На следующий вопрос об отношении пациентов к закаливанию и физическим нагрузкам, были получены следующие данные: только 27% пациентов закаливаются и физически активны, остальные 73% этим не занимаются, аргументируя это недостатком личного времени или просто нежеланием.

Отношение пациентов к закаливанию и физическим тренировкам представлено на рис.11.

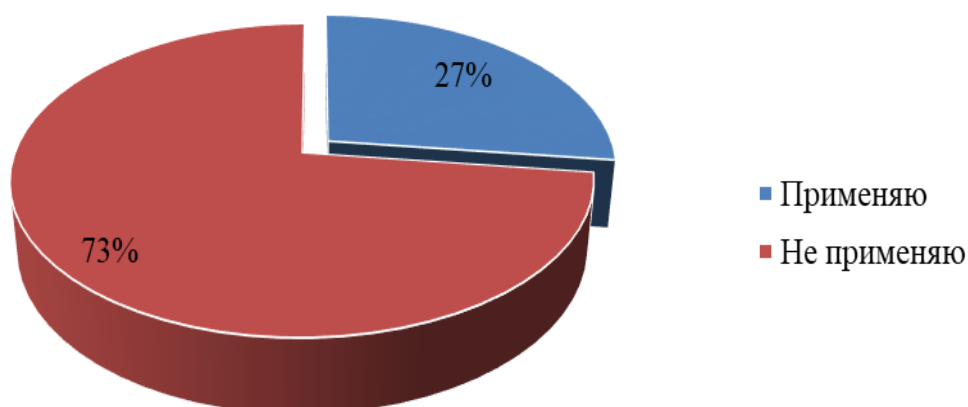


Рис. 11. Отношение пациентов к закаливанию и физическим тренировкам. Для хорошего самочувствия и высокого уровня иммунитета необходимо закалять организм и быть физически активным человеком.

Медицинская сестра в ходе проведения бесед отмечает пользу физических занятий, лечебной физической культуры, дыхательной гимнастики и закаливающих процедур для организма.

На базе больницы имеется Школа здоровья для пациентов с заболеваниями органов дыхания.

На вопрос «Посещают ли пациенты занятия в Школе здоровья», были получены следующие ответы: 91% пациентов посещают занятия Школы здоровья, остальные 9% не посещают, аргументируя это своим нежеланием.

Посещение пациентами Школы здоровья представлено на рисунке 12.

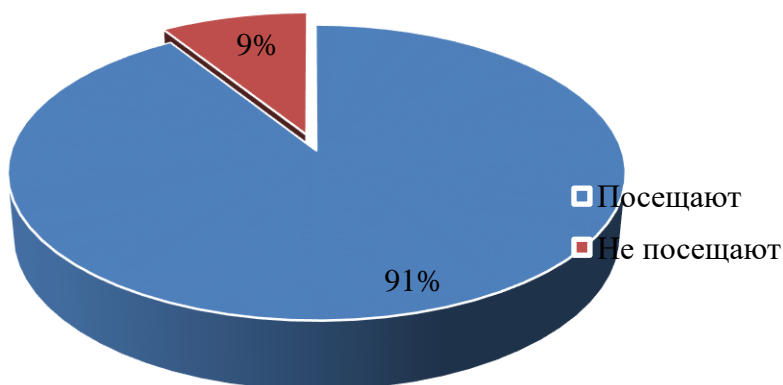
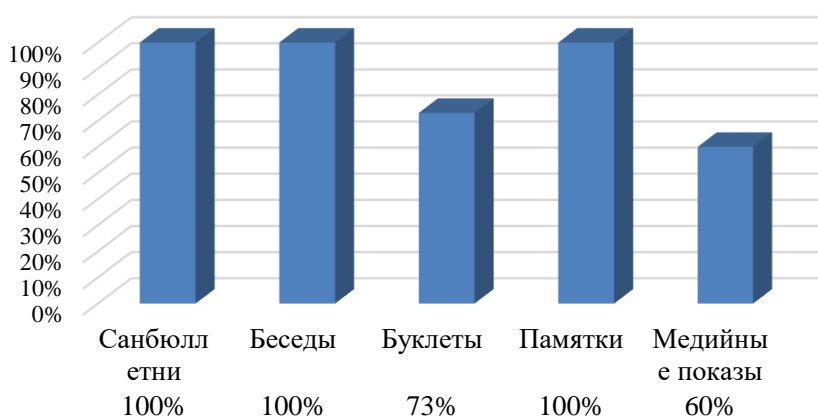


Рис. 12. Посещение Школы здоровья.

Медицинская сестра должна агитировать пациентов посещать занятия Школы здоровья, так как именно на этих занятиях рассматриваются наиболее частые вопросы, возникающие у пациентов по поводу своего заболевания.

Методы, применяемые в Школе здоровья для донесения информации



представлены на рисунке 13.

Рис. 13. Методы, применяемые в Школе здоровья

Пациенты отмечают, что в Школе здоровья масса средств для донесения информации, это: санитарно-просветительские бюллетени, разъяснительные беседы, информационные буклеты, информационные памятки, а также медийные показы.

Медицинские работники Школы здоровья делают все, чтобы донести до пациентов информацию в полном объеме и творчески подходят к своему делу.

Медицинские сестры играют очень большую роль в профилактике осложнений пневмонии (рис. 14).



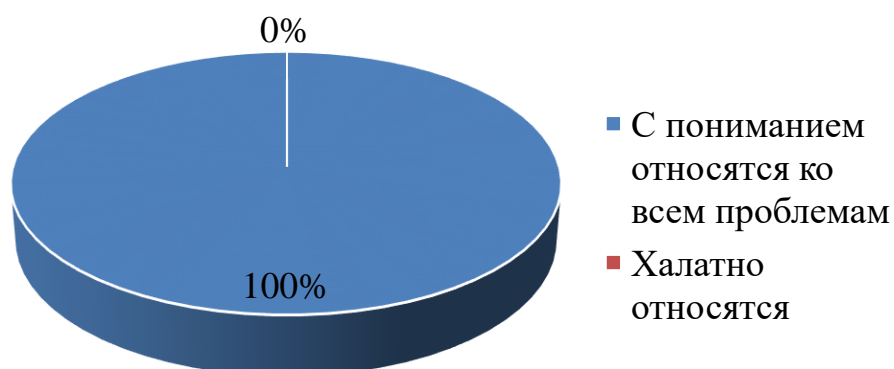
Рис. 14 Методы профилактики осложнений

В отделении медицинскими сестрами реализуются следующие профилактические мероприятия осложнений:

1. Соблюдение масочного режима при работе с пациентами;
2. Контроль за соблюдением санитарного и гигиенического режима в палатах.
3. Этапность заполнения палат по срокам заболевания;
4. Строгий контроль за выполнением врачебных назначений.

Все эти меры помогают скорейшему выздоровлению пациентов и предупреждение осложнений заболевания.

Выделение проблем пациента и составление плана ухода по приоритетным признакам – главная задача сестринского процесса при пневмонии.



Мнение пациентов о работе медицинской сестры представлено на рисунке 15.

Рис. 15 Отношение медицинских сестер к проблемам пациентов

Все пациенты отметили высокий профессионализм медицинских сестер и их внимательное отношение ко всем имеющимся проблемам и жалобам.

Несмотря на полное удовлетворение работой медицинских сестер, пациенты внесли некоторые пожелания для улучшения качества медицинского обслуживания в отделении (Рис. 16.)



Рис. 16. Пожелания в работе медицинских сестер востребованные респондентами.

Пациенты отметили следующие пожелания:

- профессионализм и компетенция в рабочих вопросах,
- своевременность исполнения назначений врача,
- доброжелательность,
- опрятность внешнего вида.

Выводы

1. Контингент пациентов достаточно разнообразен по возрастным категориям. Преобладают городские жители 60%.

2. Абсолютное большинство 90% респондентов отметили, что болеют пневмонией первый раз, медицинской сестре при уходе за такими пациентами необходимо в рамках своей компетенции рассказать о источниках, причинах и факторах риска заболевания, а также мерах профилактики для предотвращения повторного заражения.

3. Большинство пациентов имеют (имели) профессиональные вредности 79%, вредные привычки (курение 67% и употребление алкоголя 90%), несбалансированное питание 75%, низкую физическую активность, часто болеют ОРВИ 40%, не прививаются от гриппа 84%, что в совокупности создает благоприятные условия для развития пневмококковой инфекции.

4. 91% пациентов посещают занятия Школы здоровья. Пациенты отмечают, что в Школе здоровья масса средств для донесения информации, это: санитарно-просветительские бюллетени 100%, разъяснительные беседы 100%, информационные буклеты 73%, информационные памятки 100%, а также медийные показы 60%.

5. В отделении медицинскими сестрами реализуются множество мер, которые помогают скорейшему выздоровлению пациентов и предупреждение осложнений заболевания.

6. Все пациенты отметили высокий профессионализм медицинских сестер и их внимательное отношение ко всем имеющимся проблемам и жалобам.

2.2. Рекомендации для медицинских сестер по улучшению качества оказываемой помощи пациентам

1. Постоянно повышать свой уровень знаний путем прохождения курсов повышения квалификации, посещения медицинских конференций и изучения медицинской литературы.

2. Соблюдать в своей работе этико-деонтологические принципы, принимать пациентов такими, какие они есть.

3. Уделять больше внимания выявлению проблем пациента и путям их решения.

4. Проводить с пациентами и их родственниками профилактически-разъяснительные беседы в рамках своей компетенции о причинах заболевания, факторах риска, принципах диагностики, лечения и дальнейшей профилактики пневмонии.

5. Пропагандировать в своей деятельности здоровый образ жизни и посещение Школы здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пневмония – это воспалительный процесс, спровоцированный различными инфекционными агентами, характеризующийся наличием определенных патогенетических – альвеолярной экссудации, клинических и рентгенологических признаков.

Клиника пневмонии характеризуется лихорадкой, слабостью, потливостью, болью в грудной клетке, одышкой, кашлем с мокротой (слизистой, гнойной, «ржавой»).

Пневмония диагностируется на основании аускультативной картины, данных рентгенографии легких. В остром периоде лечение включает антибиотикотерапию, дезинтоксикационную терапию, иммуностимуляцию; прием муколитиков, отхаркивающих, антигистаминных средств; после прекращения лихорадки – физиотерапию, ЛФК.

Пристальное наблюдение медицинской сестры за больными пневмонией необходимо, причем как в случае внебольничной пневмонии, так и при нозокомиальной.

Помощь и уход медицинской сестры за больными пневмонией значительно ускоряет выздоровление, позволяет не только выполнять терапевтические, лечебные мероприятия в полном объеме, но корректировать состояние путем дополнительных методов – дыхательной гимнастики, подобающих условий пребывания и питания больного. Кроме того, наличие должного ухода повышает больным (особенно пожилым и одиноким) настроение, вселяют «боевой дух», и пациенты с пневмонией быстрее идут на поправку.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Фроликис Л.С. Терапия [Текст]: учеб. -метод. пособие /Л.С.Фроликис— Издат. ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 838 с.
2. Лычев, В.Г.Лечение пациентов терапевтического профиля [Текст]: учеб. - метод. пособие /В.Г.Лычев, В.К. Карманов - Издат. Литтерра,2015. – 86 с.
3. Кулешова Л.Н. Основы сестринского дела [Текст]: учеб. -метод. пособие /Л.Н.Кулешова, Е.В. Пустоветова - Издат. Литтерра,2018. – 86 с.
4. Чиж А.Г. Манипуляции в сестринском деле [Текст]: С /А.Г. Чиж— Издат. ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 240 с.
5. Смолева Э.В.Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи[текст]: Издат. 17, 2014. – 272с.
6. Смолева Э.В. Терапия с курсом первичной медико-санитарной помощи[текст]: учеб. -метод. пособие /Э.В. Смолева, Е.А. Аподиакос - Издат. Литтерра,2015. – 86 с.
7. Внебольничные инфекции //Медицинская сестра. -2015. -№8. -С.14-18.
8. Мироненко О.И. Терапия с курсом первичной медико — санитарной помощью: теория и практика [текст]: учеб. / О.И. Мироненко. - М.: Феникс, 2016. — С.288.
10. Клиническая пульмонология: учеб. пособие по респираторной медицине для врачей терапевтов первичного звена [текст]: учеб. /В.А. Шестовицкий, А.И. Аристов, И.И. Черкашина [и др.]; ред. Ю. И. Гринштейн; Красноярский медицинский университет. — Красноярск: КрасГМУ, 2016. — 132 с.
11. Русланов, С.Н. Современная конференция[текст]: /С.Н. Русланов, М.М. Авхименко//Медицинская сестра. -2015. №8. -С.47-51

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета для пациентов

Здравствуйте! Вам будут предложены несколько вопросов. Выберите вариант ответа, который наиболее соответствует Вашему мнению. Заполнение анкеты займет у Вас 5-10 минут.

1. Ваш возраст _____
2. Ваше место проживания _____
3. Род Вашей деятельности _____
4. Как часто Вы болеете пневмонией (1 раз в году; чаще или реже 1 раза в году)? _____
5. Считаете ли Вы свое заболевание наследственным? _____
6. Имеете ли Вы (или имели) профессиональные вредности?

7. Какие вредные привычки Вы у себя отмечаете (курение, употребление алкоголя, наркотиков)? _____
8. Считаете ли Вы, что Ваше питание полноценное (по калорийности, белковому и витаминному составу)? _____
9. Часто ли Вы болеете ОРВИ? _____
10. Получаете ли Вы сезонные прививки против гриппа? _____
11. Как Вы относитесь к закаливанию и физическим тренировкам? _____
12. Посещаете ли Вы «Школу Здоровья»? _____
13. Какую форму информационной работы используют медицинские сестры в «Школе Здоровья» для пациентов с пневмониями: 1. санитарно-просветительные бюллетени; 2. беседы; 3. буклеты; 4. памятки; 5. медийные показы.
14. Какую профилактическую роль играют медицинские сестры в предупреждении осложнений пневмоний: 1. Соблюдение масочного режима при работе с пациентами; 2. контроль за соблюдением санитарного и гигиенического режима в палатах. 3. этапность заполнения палат по срокам заболевания; 4. строгий контроль за выполнением врачебных назначений.
15. Считаете ли Вы, что медицинские сестры правильно понимают Ваши проблемы при выполнении своих профессиональных обязанностей?
16. Ваши пожелания по улучшению качества медицинского обслуживания _____ медицинскими _____ сестрами?

Спасибо за участие в опросе!