Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

Департамента здравоохранения города Москвы

«Медицинский колледж № 6»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема ВКР: Особенности сестринской помощи при пневмонии у взрослых в условиях стационара

Автор ВКР: Черепнина Наталья Александровна

Специальность: 34.02.01. Сестринское дело, базовой подготовки

Руководитель ВКР: Смирнова Елена Власовна

преподаватель профессиональных модулей, высшей квалификационной категории

Москва 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

.1 Пневмонии и их клиническая картина

.2 Современные аспекты лечения пневмонии у взрослых в стационарных условиях

.3 Сестринский процесс при пневмонии

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

.1 Исследование заболеваемости пневмонией по данным ГКБ № 68

.2 Проблемы, возникающие у больных с пневмонией

.3 Исследование особенностей сестринской помощи при пневмонии у взрослых в условиях стационара

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

ПРИЛОЖЕНИЕ А Анкета для медицинских сестер

ПРИЛОЖЕНИЕ Б План сестринского ухода

ВВЕДЕНИЕ

Пневмония относится к наиболее распространенным заболеваниям у человека и является одной из ведущих причин смерти от инфекционных болезней. Согласно официальной статистике (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения РФ), на 2015 г. в РФ было зарегистрировано 449673 случая заболевания пневмонией, что составило у лиц в возрасте старше 18 лет - 3,88 ‰. Наиболее высокая заболеваемость пневмонией среди взрослых отмечена в Сибирском и Дальневосточном федеральных округах (4,31 и 4,40‰ соответственно), наименьшая - в Южном федеральном округе (3,09‰) [1].

Очевидно, однако, что эти цифры не отражают истинной заболеваемости пневмонией в России, которая согласно расчетам достигает 14-15‰, а общее число больных ежегодно превышает 1,5 млн. человек. Заболеваемость пневмонией колеблется в интервале от 2 до 15 случаев на 1 000 человек в год. Общая летальность при пневмонии составляет 20-30 случаев на 100 000 человек в год [2].

В настоящее время, согласно классификации пневмонии с учетом условий возникновения, помимо подразделения пневмоний на внебольничные и внутрибольничные, в отдельную категорию выделяют пневмонии, связанные с оказанием медицинской помощи.

Многочисленными эпидемиологическими исследованиями в России и за рубежом доказано, что можно предупредить преждевременную заболеваемость и смертность от многих хронических заболеваний с помощью эффективных регулярных профилактических программ. В странах, где активно внедряется просветительская работа по первичной профилактики, и реализуются образовательные технологии в ходе реабилитационных программ для пациентов в группах риска (Канада, Великобритания, США, Финляндия), отчетливо видна динамика заболеваемости, снижение частоты рецидивов. Основными компонентами реабилитационных программ являются физические тренировки, профилактическое обучение (обучение здоровому образу жизни) и психологическая поддержка.

Большинство хронических заболеваний в настоящее время нельзя излечить, но можно реально контролировать течение заболевания и обеспечить предупреждение осложнений, продлить жизнь больных и повысить ее качество. Однако успешно контролировать хроническое заболевание даже с максимальным использованием арсенала современной медицины, но без активного участия пациента невозможно. Обучение ориентировано на пациентов, помогает им, а также их семьям понять причину заболевания, вести здоровый образ жизни, осуществлять правильный уход.

В связи с вышесказанным определяется актуальность темы, а также на всех этапах развития здравоохранения профилактическое направление в нашей стране было и остается основополагающим принципом, идеологией охраны здоровья народа.

Объект исследования - деятельность медицинской сестры при пневмонии в условиях стационара

Предмет исследования - особенности сестринской помощи при пневмонии у взрослых в условиях стационара.

Цель исследования - изучить особенности сестринской помощи при пневмонии у взрослых в условиях стационара.

Задачи исследования:

Выявить особенности организации сестринской деятельности в пульмонологическом отделении;

Исследовать деятельность медицинской сестры при уходе за пациентами с пневмонией;

Определить роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания;

Разработать практические рекомендации для пациентов, перенесших пневмонию. пневмония стационар сестринский пульмонологический

Методы исследования.

Информационно-поисковый;

информационно-аналитический;

статистический;

социологический;

эмпирический;

Практическая значимость работы состоит в возможности использования ее результатов при организации целенаправленной помощи пациентам, страдающим пневмонией.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

.1 Пневмонии и их клиническая картина

Пневмонию определяют, как острое инфекционное заболевание лёгочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и инфильтративным изменениям на рентгенограмме. Наличие рентгенологических признаков - «золотой стандарт» диагностики, поскольку позволяет не относить к пневмониям вирусные поражения нижних дыхательных путей (бронхит), при которых антибактериальное лечение не нужно.

В МКБ-10 из рубрики «пневмония» исключены как поражения лёгких, обусловленные физическими и химическими факторами, так и имеющие аллергический и сосудистый генез.

МКБ-10: J13 Пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae; J14 Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева-Пфейффера]; J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках; J17.0 Пневмония при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках.

Аббревиатуры: ОРВИ - острая респираторная вирусная инфекция, ИВЛ - искусственная вентиляция лёгких.

Согласно российскому консенсусу [1], по условиям инфицирования пневмонии делят на внебольничные (домашние) и внутрибольничные (госпитальные), а у новорожденных - на внутриутробные (врождённые) и приобретённые (постнатальные); последние также могут быть вне- и внутрибольничными.

Под внебольничными понимают пневмонии, возникшие у человека в обычных условиях его жизни, под внутрибольничными - пневмонии, развившиеся через 72 ч пребывания человека в стационаре или в течение 72 ч после выписки.

По клинико-рентгенологическим данным выделяют очаговую, очагово-сливную, долевую (крупозную), сегментарную, интерстициальную пневмонии.

Выделяют нетяжелые и тяжелые пневмонии, тяжесть обуславливают лёгочно-сердечная недостаточность, а также наличие осложнений. Основными осложнениями являются плеврит, лёгочная деструкция (абсцесс, буллы, пневмоторакс), инфекционно-токсический шок.

При адекватном лечении большинство неосложненных пневмоний разрешаются за 2-4 недели, осложнённых - за 1-2 месяца. Затяжное течение диагностируют в случаях отсутствия обратной динамики процесса (обычно сегментарного) в сроки от 1,5 до 6 месяцев.

Данные о преобладании вирусов в этиологии пневмоний справедливы при расширенных критериях диагностики [7]. Ведущую роль вирусов в этиологии бронхиолитов, не сопровождающихся инфильтратами или очагами в лёгких, доказывает их успешное лечение без антибиотиков [8]. Среди поражений лёгких, сопровождающихся очаговыми или инфильтративными изменениями, 77-83% обусловлены бактериальными возбудителями [9, 14].

Приводимые ниже данные о бактериальной этиологии пневмоний вполне сопоставимы, хотя и были получены разными методами выявления возбудителя: в отделах лёгкого [11], в плевральном экссудате [12, 13], обнаружением АТ к хламидиям и микоплазме, пневмококковых иммунных комплексов [5, 7, 14, 15].

Пневмонии, развившиеся в больнице у людей, получавших до этого (за 4-6 нед.) антибиотики, по этиологии отличаются от внебольничных пневмоний.

Клиническими симптомами пневмонии являются лихорадка, одышка, кашель, хрипы в лёгких - малоспецифичны, т.к. наблюдаются и при ОРВИ.

Хотя наличие лихорадки не обязательно говорит в пользу пневмонии, её отсутствие исключает пневмонию.

Согласно исследованиям, проведённым ВОЗ, наиболее характерны для пневмонии температура тела более 38°С в течение 3 суток и более, одышка и втяжение уступчивых мест грудной клетки [11]. Наличие бронхиальной обструкции (свистящего дыхания) с высокой вероятностью исключает типичную внебольничную пневмонию и возможно лишь при атипичных формах и внутрибольничном заражении.

В отличие от типичных пневмоний, протекающих без клинических и физикальных признаков бронхита, атипичные пневмонии, вызванные M. pneumoniae, часто сопровождаются распространённым бронхитом с обилием мелкопузырчатых хрипов, часто асимметричных, что имеет диагностическое значение [4]. Пневмонии, вызванные C. pneumoniae, мало отличаются от типичных пневмоний, отмечают лишь постепенное начало, сопровождающий пневмонии фарингит, а также осиплость голоса и синусит.

Одышка при невысокой температуре тела является ведущим симптомом и при пневмонии.

Этиологическая структура пневмонии может различаться в зависимости от возраста больных, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии.

Ключевыми возбудителями пневмонии у пациентов молодого возраста без сопутствующих заболеваний при нетяжелом течении заболевания являются пневмококки, «атипичные» микроорганизмы и их сочетания.

Наиболее высокая летальность наблюдается при пневмонии, вызванной K. pneumoniae, S. aureus, S. pneumoniae и Legionella spp.

Осложнения пневмонии.

Внутрилёгочные деструктивные процессы - нагноения с образованием булл или абсцессов - возникают на месте клеточных инфильтратов в лёгких, вызываемых некоторыми серотипами пневмококка, стафилококками, H. influenzae типа b, гемолитическим стрептококком, синегнойной палочкой. Клеточный инфильтрат развивается в первые дни болезни, так что применение антибиотиков часто не оказывает влияния на ход событий. Лёгочные нагноения сопровождаются стойкой лихорадкой и лейкоцитозом до момента опорожнения гнойника, которое происходит либо в бронх (сопровождаясь усилением кашля), либо в полость плевры, вызывая пневмоторакс.

Плевральные осложнения.

Пневмония часто сопровождается синпневмоническим (парапневмоническим) плевритом, возникающим одновременно с пневмонией. Метапневмонический плеврит возникает на фоне обратного развития пневмонии под влиянием лечения. Синпневмонический плеврит может возникнуть при пневмониях, вызванных практически любыми бактериями: при внебольничном инфицировании - пневмококком, реже H. influenzae типа b, при внутрибольничном - стафилококком, реже - анаэробами (Fusobacterium, Bacteroides, обычно в сочетании со стафилококком и гемолитическим стрептококком). Редко наблюдают микоплазменные и аденовирусные плевриты. Выпот может определяться лишь в костно-диафрагмальном синусе, но может занимать и всю половину плевральной полости, реже бывает двусторонним.

При адекватном антибактериальном лечении экссудат теряет гнойный характер, обратное развитие плеврита идет параллельно разрешению пневмонии, но полное рассасывание часто задерживается до 3-4 нед и более. При неадекватной терапии серозно-фибринозный выпот может стать гнойным, увеличиваясь в объёме.

Метапневмонический плеврит возникает обычно при пневмококковой, реже - при гемофилюсной инфекции.

Серозно-фибринозный экссудат появляется на фоне обратного развития пневмонии после 1-2 дней нормальной или субфебрильной температуры тела. У больного с синпневмоническим плевритом при этом выявляют нарастание объёма экссудата при утрате им гнойного характера: при повторной пункции получают прозрачную жидкость (иногда с хлопьями фибрина). Метапневмонический плеврит часто развивается параллельно деструктивным изменениям в лёгочной ткани.

В развитии метапневмонического плеврита основная роль принадлежит иммунопатологическим процессам: при избытке Аг на фоне распада микробных клеток образуются иммунные комплексы в полости плевры, являющейся шоковым органом [4].

Для метапневмонического плеврита характерна высокая лихорадка (39,5-40°С), выраженное нарушение общего состояния, полный отказ от еды. Продолжительность лихорадки в среднем 7 дней (от 5 до 10 дней), антибактериальная терапия не оказывает на неё влияние («безмикробная лихорадка»). При рентгенографии определяют обильный выпот, отложение фибрина обусловливает вертикальную границу по рёберному краю. При Эхо КГ и на ЭКГ у отдельных выявляют признаки выпота в полости перикарда. Удаление экссудата в первые дни приводит к его повторному накоплению; с 3-4го дня получить экссудат часто не удаётся из-за выпавшего в осадок фибрина. В этом периоде усиливается деформация грудной клетки. Рассасывается фибрин медленно, обычно за 6-8 нед из-за низкой фибринолитической активности крови, что типично для этой формы плеврита.

Пиопневмоторакс

Пиопневмоторакс - результат прорыва лёгочного абсцесса или буллы в полость плевры с накоплением гнойного экссудата и воздушной полостью над ним. При наличии клапанного механизма увеличение количества воздуха в плевральной полости приводит к смещению средостения. Пиопневмоторакс обычно развивается остро - возникают выраженный болевой синдром, диспноэ, дыхательная недостаточность. При напряжённом пневмотораксе необходима срочная декомпрессия. Иногда пневмоторакс развивается малозаметно, опорожнение абсцесса приводит к временному снижению температуры тела и улучшению общего состояния; однако через 1-2 дня состояние вновь ухудшается из-за вовлечения в воспалительный процесс плевры.

.2 Современные аспекты лечения пневмонии у взрослых в стационарных условиях

Первые несколько суток больному рекомендован постельный режим, покой, тщательный уход и врачебное наблюдение. Больному необходимо легкое питание, состоящее из витаминизированных продуктов, а также частое, обильное питье. Тяжелобольных пациентов следует чаще поворачивать в постели, чтобы предотвратить застой в легких и облегчить отхождение находящейся в легких мокроты. В обязательном порядке назначают срочное антибактериальное лечение. При наличии крупозной пневмонии назначают внутримышечно введение полусинтетических пенициллинов: ампиокс, метициллин, карбенициллин.

Назначают простые сульфаниламиды: этазол, норсульфазол, сульфадимезин, либо комбинированные, например, бисептол. Через трое суток после улучшения состояния, когда нормализуется температура, лечение антибиотиками прекращают.

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

Чтобы снизить симптомы воспаления, устранить боль в грудной клетке, используют противовоспалительные препараты, назначают умеренные дозы ацетилсалициловой кислоты.

Для устранения выраженной лихорадки, больному проводят ингаляции увлажненным кислородом, назначают дыхательные аналептики. При необходимости, при лихорадке могут назначить антигистаминные препараты.

Больному обязательно дают отхаркивающие средства. По показаниям - внутривенное введение раствора эуфиллина в течение 10-15 дней. После чего переходят на таблетированную форму эуфиллина. При выраженной тахикардии пациенту назначают кардиотонизирующую терапию.

Таблица 1.1 - Программа эмпирической антибактериальной терапии госпитальной пневмонии в отделениях общего профиля

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Препараты 1-го ряда | Препараты 2-го ряда (резерв)2 |
| Группа больных | Наиболее вероятные возбудители | Основные средства | Альтернативные средства |  |
| I. Нетяжелое течение, отсутствие факторов риска, без предшествующего применения антибиотиков | S.pneumoniae (PS); S.aureus (MS); H.influenzae; Enterobacteriaceae | Цефуроксим + гентамицин; Амоксициллин /клавуланат + гентамицин | Цефотаксим Цефтриаксон | Цефепим3 Тикарциллин /клавуланат ±аминогликозиды Фторхинолоны 3,4 |
| II. Тяжелое течение или наличие факторов риска или предшествующее применение антибиотиков | Enterobacteriaceae S.aureus (MS, MR) S.pneumoniae (риск PR) Acinetobacter spp. | Цефепим 3,5 | Тикарциллин/клавуланат Пиперациллин/тазобактам | Имипенем5 Меропенем5 Фторхинолоны 4 |
| III. Любое течение при наличии факторов риска P.aeruginosa | Те же + P.aeruginosa | Цефтазидим5 Цефоперазон5 (+аминогликозид) | Цефепим5 Ципрофлоксацин5 (+ аминогликозид) | Имипенем5 Меропенем5 |
| IV. Риск аспирации или абсцедирование | S.aureus K.pneumoniae Анаэробы | Линкомицин ± аминогликозид Амоксициллин/клавуланат | Цефалоспорин III + линкомицин или метронидазол Тикарциллин/клавуланат | Цефепим или Фторхинолон (+ метронидазол) Имипенем Меропенем |

После устранения признаков интоксикации, с началом выздоровления, пациенту назначают комплекс поливитаминов. Используют нестероидные анаболические средства, например, метилурацил, либо калия оротат.

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

Чтобы выявить осложнения на начальной стадии развития, следует посещать терапевта в первые полгода 1 раз в 2 месяца, а при наличии показаний осматриваться у пульмонолога. Раз в полгода нужно сдавать общий анализ крови, при котором определяют уровень лейкоцитов, наличие или отсутствие сдвига в лейкоцитарной формуле, скорость оседания эритроцитов. Повышение перечисленных показателей свидетельствует о наличии в организме какого-то воспалительного процесса и является сигналом к продолжению обследования пациента. Кроме того, раз в полгода необходимо сдавать общий анализ мокроты с целью выявления патологических инфекционных агентов, контроля уровня лейкоцитов. Также раз в полгода нужно выполнять спирографию и флюорографию, чтобы обнаружить возможные патологические изменения в легочной ткани.

.3 Сестринский процесс при пневмонии

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

Основной задачей медицинской сестры является оказание квалифицированной сестринской помощи пациенту и его семье, включая профилактику заболеваний, уход и неотложную доврачебную медицинскую помощь в период болезни и реабилитации.

Уход за больными является неотъемлемой частью лечебного процесса. Своевременное распознавание болезней, правильное лечение и хороший уход обеспечивают выздоровление больного. В своей работе медицинская сестра обязана выполнять предписания и указания врачей, под руководством которых она работает.

В своей повседневной работе медицинская сестра имеет следующие обязанности:

при поступлении больного в отделение проверяет качество санитарной обработки больного, показывает поступившему больному его палату и койку, а при необходимости участвует в перекладывании его с носилок на койку или сопровождает его до кровати;

знакомит поступивших больных с правилами внутреннего распорядка и режимом отделения, проводит контроль за их соблюдением;

следит за санитарным состоянием в палатах, регулярностью их проветривания (в 7-8 ч, 14-15 ч, 21 - 22 ч) и температурой воздуха (не ниже 18-200С);

контролирует выполнение больными правил личной гигиены и регулярность смены постельного и нательного белья;

измеряет температуру тела у больных и заносит данные измерения в температурный лист; производит подсчет частоты пульса и дыхания, суточного количества мочи и мокроты; проводит антропометрию больного;

участвует в обходе врача, информирует его о состоянии больных и выполнении ими режима;

фиксирует указания врача в листах назначений и строго их выполняет (раздает лекарства, выполняет инъекции, ставит банки, горчичники, клизмы, пиявки и т. п.);

собирает биологический материал для отправки в лабораторию (мочу, мокроту, кал и т. д.);

готовит больных к различным исследованиям и транспортирует их в диагностические кабинеты;

следит за соблюдением лечебного питания больных, проводит контроль за продуктами;

следит за исправным содержанием медицинского оборудования и мебели;

ведет постовую медицинскую документацию: составляет порционное требование, делает выборку врачебных назначений из истории болезни, оформляет требование на лекарственные препараты, составляет сводку о

состоянии больных, заполняет листок учета коечного фонда, журнал учета лекарственных препаратов списка А и Б, журнал назначений и передачи дежурств;

в экстренных случаях оказывает доврачебную неотложную помощь;

проводит санитарно-просветительную работу среди больных.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.

. Сестринское обследование включает в себя сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод подразумевает изучение физиологических, психологических, социальных данных о пациенте; релевантных данных об окружающей среде. В качестве источника информации служит беседа с пациентом, проведение обследования, изучение ранее зафиксированных данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод включает в себя проведение физического обследования пациента, сюда входят оценка и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). Проводят также измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Проведение обследования подразумевает составление документации о полученной информации и создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом - документом самостоятельной профессиональной деятельности медицинской сестры.

. Установление проблем пациента. Среди проблем пациента выделяют существующие и потенциальные. К существующим проблемам относятся те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время.

Потенциальными же являются те, которых еще нет, но могут возникнуть с течением времени. Задача сестры максимально определить факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Для пациента характерно наличие нескольких проблем, то задача сестры определить систему приоритетов - первичных и вторичных. Первичные приоритеты - это те, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением врачебного диагноза. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский - основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода включает оперативные и тактические цели, которые направлены на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

При формулировке целей, необходимо принимать во внимание действия (исполнение), критерии (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). После того как определены цели и задачи по уходу, действия сестры направлены на составление письменного руководства по уходу, в котором подробно перечисляются специальные действия медицинской сестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

Зависимое сестринское вмешательство осуществляется на основании предписаний врача и под его наблюдением.

Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами.

При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

. Оценка эффективности сестринского ухода. Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры. Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода; оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Таким образом, мы выяснили, что пневмония, или воспаление легких, - это острый воспалительный процесс, в который вовлекаются все элементы легочной ткани. И главное - поражаются самые маленькие частицы лёгкого - альвеолы (пузырьки), которые отвечают за газообмен. В основном встречаются бактериальные пневмонии, вызываемые пневмо-, стафило-, стрептококками и другими бактериями, но в период эпидемии гриппа развиваются и гриппозные пневмонии. Это серьезное испытание не только для больных, но и для медицинского персонала, успешный выход из которого определяется своевременностью диагностики начала заболевания, адекватным лечением и внимательным уходом, и заботой за пациентом. Поэтому правильный, профессиональный и своевременно организованный сестринский процесс необходим для предотвращения осложнений и во многом определяет благополучный прогноз.

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

.1 Исследование заболеваемости пневмонией по данным ГКБ № 68

ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ» - это многопрофильная больница, рассчитанная на койки терапевтического, кардиологического, кардиологического для больных с инфарктом миокарда, хирургического (чистого и гнойного), урологического, гинекологического профилей. Больница работает круглосуточно.

Пульмонологическое отделение. Отделение оказывает круглосуточную экстренную и плановую помощь. В структуре общей заболеваемости по отделению на острую пневмонию приходилось в 2013 году - 17,9% случаев, в 2014 году - 20 % и в 2015 году - 16,2 % (см. рис. 2.1).



Рисунок 2.1- Заболеваемость пациентов пневмонией в пульмонологическом отделении ГКБ № 68, в %.

Наибольшая доля пациентов с пневмонией наблюдалась в 2014 году.

Представим характеристику пациентов по полу и возрасту с пневмонией (см. табл. 2.1).

Таблица 2.1 - Характеристика больных с пневмонией по полу и возраст за 2015 год

|  |  |
| --- | --- |
| Пол | Возраст |
|  | 41-50 | 51-60 | 61-70 | 71 и более | Итого |
| Мужчины | - | 327 | 850 | 4426 | 5603 |
| Женщины | 190 | - | 380 | 380 | 950 |
| Всего | 190 | 327 | 1230 | 4806 | 6553 |

Основную долю пациентов с пневмонией составляли пациенты в возрасте старше 61 года. При этом мужчин было намного больше по сравнению с женщинами.

Основные клинические симптомы пневмонии у пациентов представлены на рисунке 2.2.



Рисунок 2.2 - Симптомы пациентов при пневмонии (в %).

В соответствии с данными на рисунке 2.2 мы видим, что основными симптомами у пациентов являлись головная боль (95,1%), одышка (92,7 %), боли в мышцах (73,2%), боли в костях (68,3%). В меньшей степени пациенты испытывали насморк (63,4%), кашель был у 58,5% пациентов, повышенная температура тела была у 56,1% пациентов, першение и боль в горле фиксировалась у 41,4% пациентов, боль в грудной клетке у 36,6.

Таким образом, нами проанализирована деятельность пульмонологического отделения, рассмотрены качественные и количественные показатели, выделены пациенты с пневмонией и представлены их распределение в зависимости от возраста и пола.

.2 Проблемы, возникающие у больных с пневмонией

В клинической практике медицинская сестра может встретить больного как с незаметным (без явного начала), так и с достаточно острым развитием заболевания, с жалобами на повышение температуры тела, общую слабость, повышенную утомляемость, боли в грудной клетке при дыхании, одышку при физической нагрузке, кашель, вначале - сухой, а затем - с выделением слизисто-гнойной, иногда - «ржавого» цвета мокроты. Нередко больных беспокоят головные боли, тошнота, снижение аппетита. Выявление наиболее ценных в диагностическом плане признаков (одышка, боли в грудной клетке, кашель) позволяет заподозрить наличие воспалительного процесса в легких. Тем не менее, не следует умалять значение общих симптомов заболевания, вызванных интоксикацией организма.

При осмотре нередко отмечают вялость, апатичность, рассеянность пациента. Выявляют цианоз кожи лица и губ, иногда - лихорадочный румянец на щеках (часто - на стороне поражения легких), учащенное дыхание и пульс, снижение артериального давления.

Важные в диагностическом плане признаки обнаруживают при перкуссии (укорочение, притупление перкуторного звука) и выслушивании (жесткое дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы или крепитация на высоте вдоха над пораженным участком легких).

Помогают диагностике данные клинического анализа крови, свидетельствующие о наличии инфекционно-воспалительного процесса: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофильных лейкоцитов, повышение СОЭ.

Аналогичное значение имеют результаты биохимических исследований крови - увеличение содержания β2- и γ-глобулинов, фибриногена (гиперфибриногенемия) в крови, положительная реакция на С-реактивный белок.

Бактериологическое исследование мокроты позволяет выявить возбудителя пневмонии и определить его чувствительность к антибактериальным препаратам.

Клинический диагноз заболевания подтверждают данными рентгеноскопии и рентгенографии легких, с помощью которых определяют локализацию, величину и интенсивность воспалительной инфильтрации легочной ткани.

Пневмония способствует развитию острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс), утяжелению течения ряда хронических заболеваний (цереброваскулярная болезнь, ишемическая болезнь сердца и др.) Пациентам с сопутствующими хроническими заболеваниями свойственны 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.

Показаниями к госпитализации при пневмонии являются:

тяжелое течение пневмонии с выраженными симптомами интоксикации, одышкой и нарушениями сознания;

наличие хронических инвалидизирующих заболеваний;

неэффективность антибактериального лечения в течение 3 дней;

наличие осложнений пневмонии (выраженный плеврит, абсцессы легких);

средней тяжести или тяжелая форма малокровия (Hb < 90 г/л);

социально-бытовые проблемы.

Эффективность сестринского ухода и лечебных мероприятий во многом зависит от степени взаимодействия медсестры и врача, участия в этих процессах пациента и членов его семьи.

Данные опроса и объективного исследования позволяют медсестре выявить основные проблемы больного пневмонией:

кашель и нарушение выделения мокроты - очищения дыхательных путей;

одышка при физической нагрузке;

боли в грудной клетке при дыхании и кашле;

явления интоксикации (общая слабость, повышенная утомляемость, снижение или отсутствие аппетита);

недостаточная информированность о заболевании.

В связи с выявленными проблемами пациентов с пневмонией медицинская сестра составляет план ухода.

В итоге, приоритетной проблемой у взрослых пациентов при острой пневмонии является одышка - изменение частоты дыхательных движений.

.3 Исследование особенностей сестринской помощи при пневмонии у взрослых в условиях стационара

Лечение пневмонии - весьма сложное и ответственное мероприятие, относящееся к компетенции врача, и медицинской сестры осуществляющей уход.

Медицинская сестра в доступной форме рассказывает больному о необходимости лечения и возможных неблагоприятных (побочных) реакций организма.

Рацион должен быть полноценным в отношении содержания белков, жиров и углеводов. Следует увеличить содержание в рационе богатых минеральными веществами, витаминами и клетчаткой овощей и фруктов. Обязательный компонент рациона - белковые продукты животного происхождения - нежирное мясо (говядина, телятина, курятина), рыба (треска, судак и др.), нежирные творог и сыр. В лихорадочном периоде заболевания рекомендуют увеличение потребления жидкости до 2 л в сутки.

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

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

Медицинская сестра выполняет назначения врача, контролирует применение пациентом предписанных лекарственных средств, следит за динамикой клинических проявлений заболевания. После нормализации температуры, исчезновения интоксикационного синдрома, существенного уменьшения выраженности рентгенологических признаков воспалительного процесса в легких назначают физиотерапию, лечебную физкультуру и массаж.

Зависимые сестринские вмешательства включают:

гарантирование употребления лекарственных средств;

осуществление инфузий, вне зависимости от того, какова проблема;

контроль над состоянием пациента после того как будут осуществлены инъекций и употреблены все лекарственные средства.

В течение преддипломной практики, работая в команде с медицинскими сестрами пульмонологическими отделения, участвовала в диагностике и лечении пациентов с пневмониями. В таблице 2.2 представлено количество проведенных мероприятий в отделении.

Таблица 2.2 - Количество проведенных манипуляций в отделении пульмонологии

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование  | Количество |
| 1 | Внутривенные инъекции | 65 |
| 2 | Внутримышечные инъекции | 87 |
| 3 | Внутривенные капельные инфузии | 50 |
| 4 | Забор крови на биохимическое исследование | 45 |

В соответствии с данными таблицы 2.2 мы видим, что за время преддипломной практики в пульмонологическом отделении проведены внутривенные инъекции, внутримышечные инъекции, внутривенные капельные инфузии, забор крови на исследование. Из выполненных манипуляций преобладают внутримышечные инъекции.

Основными методами диагностики пневмонии являются лабораторные и инструментальные методы исследования.

Накануне медсестра информирует пациента о предстоящем исследовании. Забор крови проводят утром в состоянии натощак.

Медицинская сестра:

) сообщает пациенту о предстоящем исследовании накануне;

) оформляет направление в лабораторию;

) объясняет порядок проведения процедуры: утром, натощак, до проведения медико-диагностических процедур;

) транспортирует биосубстрат в соответствующую лабораторию из лечебного отделения в специальном контейнере;

) при сдаче анализа мочи медсестра обеспечивает пациента посудой, указывает на место хранения биоматериала.

Медсестра проводит подготовку пациента к инструментальному вмешательству, помогает (ассистирует) врачу, транспортирует (сопровождает) обследуемого после процедуры.

Комплекс независимых сестринских вмешательств включает:

) информирование пациента, получение его согласия, понимание пациентом важности и необходимости назначенного врачом исследования, порядок выполнения исследования;

) особенности водно-пищевого режима обследуемого; 3) средства защиты пациента и медицинского персонала: инфекционная безопасность;

) опорожнение внутренних органов для доступности и достоверности исследования.

К исследованию ФВД приступают утром натощак или не ранее 1-1,5 часа после приема пищи. Медицинская сестра информирует о проведении процедуры.

Перед проведением исследования запрещаются нервные, физические перенапряжения, физиопроцедуры, курение.

Рассмотрим особенности деятельности медицинской сестры при пневмонии.

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

В случае озноба выдает дополнительное одеяло, хорошо кутает пациента, обкладывает его грелками. При выраженном потоотделении его обтирают сухим полотенцем или простыней, меняют нательное белье.

В лихорадочном периоде заболевания следует употреблять приблизительно 2 л жидкости в сутки в виде теплого чая с малиной или морошкой, молока с содой и медом, брусничного или клюквенного морса, минеральной воды.

Пациент с высокой температурой нуждается в наблюдении за состоянием сердечно-сосудистой системы - частотой и ритмичностью пульса, уровнем артериального давления.

Сестринский уход включает в себя создание и поддержание комфортных условий в палате, обеспечение доступа свежего воздуха и достаточного сна, контроль за соблюдением постельного режима в течение периода лихорадки в сочетании с частой сменой положения пациента в кровати.

Очищению дыхательных путей от мокроты способствуют обучение больного эффективно кашлять, полусидячее положение в постели, обильное теплое питье, ингаляции увлажненного кислорода, дыхательная гимнастика с отработкой продолжительного выдоха, физиотерапевтические процедуры, вибромассаж грудной клетки.

Выраженность боли в грудной клетке уменьшается, если больной лежит на боку на стороне поражения в результате ограничения движения плевральных листков.

Для профилактики инфицирования окружающих медицинская сестра обучает пациента правильно поступать с мокротой и собирать ее в индивидуальные карманные или настольные плевательницы (баночки), содержащие небольшое количество 5% раствора хлорамина и закрывающиеся плотной крышкой. Пациент должен стараться не кашлять в присутствии здоровых людей, а при невозможности задержать кашель, закрывая рот платком.

Важным в работе медицинской сестры является профилактика пневмонии.

Предупреждению этого заболевания способствует здоровый образ жизни: разумное чередование труда и отдыха, прогулки на свежем воздухе, закаливание, полноценное питание, отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем). Существенное значение имеют соблюдение правил личной гигиены и гигиены жилища, проведение противоэпидемических мероприятий в период эпидемии инфекций, лечение хронических очагов инфекций.

Для определения деятельности медицинских сестер в работе было проведено социологическое исследование. Для опроса была разработана анкета (см. ПРИЛОЖЕНИЕ А). Были опрошены медицинские сестры, работающие в пульмонологическом отделении.

После проведения анкетирования, полученные данные обработаны.

На вопрос «Что входило в Ваши обязанности в пульмонологическом

отделении», ответы медицинских сестер распределились следующим образом (см. рис. 2.3):



Рисунок 2.3 - Обязанности медицинских сестер, в %

Работа с пациентами выполняется в 100 % случаев, выполнение медицинских манипуляций в 40% случаев, работа с врачом - 10%, ведение документации - в 100% , другие обязанности - в 16%.

В основном медсестры работают с пациентами (100%), занимаются ведением документации (100%).

Как известно, на качество выполнения медицинской сестрой своих обязанностей влияет удовлетворенность работой, взаимоотношения с врачами и пациентами.

Для этого мы предложили медицинским сестрам ответить на вопрос: Вам нравится Ваша работа? Все медицинские сестры указали, что нравится.

Взаимоотношения определяют здоровый психологический климат в коллективе, поддерживают хорошее бодрое настроение у всех ее членов.

Деятельность медсестры представлена на рисунке 2.4.



Рисунок 2.4 - Деятельность медицинской сестры, в %

По представленным данным 44% медсестер выполняет только назначение врача, 22% - коллективная работа, и 34% - самостоятельная работа.

Медицинские сестры считают, что для снижения риска развития пневмоний необходимо (по мнению медицинских сестер):

проводить профилактические мероприятия в виде бесед с пациентами о вредных факторах риска развития пневмонии;

проводить профилактику не только в стационарах, но и в поликлиниках, а также в местах, где есть наибольший риск развития заболевания;

размещать плакаты о пневмонии в отделении пульмонологии.

На вопрос проводят ли у Вас в стационаре беседы с пациентами и их семьями, медицинские сестры ответили, нет. Также в стационаре нет «Школы здоровья для пациентов с пневмониями и другими заболеваниями легких».

Анализируя сестринский уход за пациентами с пневмонией, отмечено, что медицинские сестры составляют план сестринского ухода, выделяют основные нарушенные потребности, выявляют проблемы пациентов. Пример сестринского плана представлен в ПРИЛОЖЕНИИ Б.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пневмонии - группа различных по этиологии, патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных (преимущественно бактериальных) заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации. Этиология ВП непосредственно связана с нормальной микрофлорой, колонизующей верхние отделы дыхательных путей. Таким типичным возбудителем внебольничной пневмонии является S. pneumoniae (30-50% случаев заболевания).

В проведенном исследовании нами изучены качественные и количественные показатели деятельности пульмонологического отделения, изучена этиологическая структура пневмонии. Основной контингент пациентов составили пациенты с пневмонией в возрасте старше 61 года. Основными симптомами у пациентов были головная боль (95,1%), одышка (92,7 %), боли в мышцах (73,2%), боли в костях (68,3%).

Уход за больными с заболеваниями органов дыхания обычно включает в себе и ряд общих мероприятий, проводимых при многих заболеваниях других органов и систем организма. Так, при пневмонии необходимо строго придерживаться всех правил и требований ухода за лихорадящими больными (регулярное измерение температуры тела и ведение температурного листа, наблюдение за состоянием сердечно-сосудистой и центральной нервной систем, уход за полостью рта, подача судна и мочеприемника, своевременная смена нательного белья и т.д.). При длительном пребывании больного в постели уделяют особое внимание тщательному уходу за кожными покровами и профилактике пролежней. Вместе с тем уход за больными с заболеваниями органов дыхания предполагает и выполнение целого ряда дополнительных мероприятий, связанных с наличием кашля, кровохарканья, одышки и других симптомов.

Одной из особенностей деятельности медицинской сестры является проведение бесед с пациентами. Проведение бесед с пациентами позволяет повышать уровень знаний пациентов с пневмонией.

В работе проведено социологическое исследование с целью определения деятельности медицинской сестры пульмонологического отделения, которое показало, что работа медицинской сестры только по выполнению назначений врача составляет 44%, коллективная работа - 22%, а самостоятельная работа - 34%.

Результаты анкетирования подтвердили, что работа с пациентами занимает ведущее место в профессиональной деятельности медицинской сестры и выполняется на 100%.

В пульмонологическом отделении не проводят беседы с пациентами о факторах риска развития пневмонии, не организованы «Школы здоровья».

Итак, именно сестринский процесс может обеспечить и позволить улучшить качество жизни пациентов. В этом и заключается главная роль медицинской сестры в профилактике заболеваний органов дыхания.

С целью совершенствования деятельности медицинских сестер и профилактики пневмонии были разработаны практические рекомендации.

Практические рекомендации:

проводить профилактические мероприятия в виде бесед с пациентами о вредных факторах риска развития пневмонии;

проводить профилактику не только в стационарах, но и в поликлиниках, а также в местах, где есть наибольший риск развития заболевания;

размещать информацию о пневмонии в отделении пульмонологии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Абенова К.С. Вклад медсестры в приверженность пациентов лечению на амбулаторном этапе здравоохранения // http://do.teleclinica.ru/382079

Авдеев С.Н. Аспирационная пневмония / Авдеев С.Н. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. - 2012. - Т. 10. - № 3. - С. 216-235.

Адеева Г.А. Роль руководителей сестринского персонала в организации и совершенствовании работы медицинских сестер отделения сестринского ухода для больных психиатрического профиля // Главная медицинская сестра. - 2012. - №7.

Балашова М.Е., Шеметова Г.Н. Факторы риска болезней органов дыхания среди молодежи: выявление и коррекция // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. - 2013. - №6. - С. 12-14.

Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум / Н.В. Барыкина, О.В.Чернова; под ред. Б.К.Кабарухина. - Ростов н/Д.: Феникс, 2014. - 362с.

Блюменталь И.Я. Внебольничная пневмония: актуальная проблема или рутинная патология? / Блюменталь И.Я. // Вестник современной клинической медицины. - 2011. - Т. 4. - № 1. - С. 52-55.

Визель А.А. Пневмония: к вопросу диагностики и лечения в современных условиях / Визель А.А., Лысенко Г.В. // Практическая медицина. - 2012. - № 1 (56). - С. 22-25.

Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике: пособие для врачей. - М., 2013. - 83 c.

Вовк Е.И. Внебольничная пневмония в начале XXI века: плата за жизнь в большом городе / Вовк Е.И., Верткин А.Л. // Лечащий врач. - 2014. - № 8. - С. 63-65.

Гурина Л.Н. Катамнез детей, перенесших врожденную пневмонию /Гурина Л.Н. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2012. - № 3 (31). - С. 77-79.

Клинические рекомендации. - Пульмонология. 2-е издание / под ред. А.Г. Чучалина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 336 с.

Лещенко И.В. Внебольничная пневмония: факторы риска неблагоприятного исхода и результаты внедрения территориального стандарта в свердловской области / Лещенко И.В., Трифанова Н.М. // Доктор.Ру. - 2013. - № 6 (56). - С. 57-63.

Лушникова Е. Б. Роль старшей медицинской сестры дневного стационара поликлиники в повышении качества работы сестринского персонала // Главная медицинская сестра. - №10. - 2011.

Лычев В.Г. Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи, и внебольничная пневмония: сравнительная характеристика, оптимизация лечения / Лычев В.Г., Клестер Е.Б. // Фундаментальные исследования. - 2012. - № 7-1. - С. 111-115.

Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н. Сестринское дело в терапии. - М.: МИА, 2012. -544с.

Мюллер З. Неотложная помощь. Справочник практического врача - М.: МЕДпресс, 20 14 - 456с.

Павлов Ю.И. Медсестра с высшим образованием как организатор диспансеризации (к вопросу о расширении спектра профессионального приложения выпускников ФВСО) // Главная медицинская сестра. - 2012. - №2.

Приказ МЗ РФ №4 от 24 января 2011 года «О мерах по совершенствованию организации медицинской помощи больным с артериальной гипертонией в Российской Федерации».

Приказ министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об организации деятельности медицинской сестры участковой» от 21 июня 2012 г. N 490.

Сивакова О.Д. Расчет непрямых медицинских затрат на пневмонию в Самарской области / Сивакова О.Д. // Вестник современной клинической медицины. - 2013. - Т. 6. - № 4. - С. 38-41.

Синопальников А.И. Атипичные возбудители и атипичная пневмония /Синопальников А.И. // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. - 2013. - № 3. - С. 10-15.

Смолева Э.В. Степанова Л.А. Шелехов К.К. Фельдшер скорой помощи - М.: Феникс, 2012. - 478 с.

Справочник врача скорой и неотложной помощи: Общая характеристика неотложных состояний; первая доврачебная помощь при несчастных случаях и острых заболеваниях; техника реанимационных мероприятий; скорая помощь при отравлениях, ожогах и травмах; лекарственные средства в скоропомощной практике - Ростов: Феникс, 2014 -253с.

Таточенко В.К. Пневмония / Таточенко В.К., Самсыгина Г.А., Синопальников А.И., Учайкин В.Ф. // Педиатрическая фармакология. - 2011. - Т. 3. - № 4. - С. 22-31.

Холопов А.А. Роль руководителя сестринской службы в организации вакцинопрофилактики детского населения в рамках национального проекта «Здоровье» // Главная медицинская сестра. - 2011. - №1.

Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Козлов Р.С., Тюрин И.Е., Рачина С.А. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. - Пособие для врачей. - Москва, 2011. - 106 с.

Шепеленко А.Ф. Внебольничная пневмония у пожилых / Шепеленко А.Ф., Дмитриев Ю.К., Мешков В.В. // Доктор.Ру. - 2014. - № 5 (42). - С. 34-40.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

АНКЕТА

для медицинских сестер

Ответьте, пожалуйста, на вопросы:

Что входило в Ваши обязанности в пульмонологическом отделении?

Работа с пациентами в стационаре (палатная медсестра)

Выполнение медицинских манипуляций

Работа с врачом

Заполнение документации

Другое (опишите): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ваша деятельность в отделении?

Самостоятельная деятельность

Коллективная работа

Выполнение назначений врача

Какую работу с пациентами с пневмонией должны выполнять медсестры?

Что по Вашему мнению необходимо делать для того, чтобы снизить риск развития заболевания пневмонией?

Проводят ли у Вас в стационаре беседы с пациентами и их семьями?

ДА / НЕТ

Есть ли у Вас в стационаре «Школы здоровья для пациентов с заболеваниями легких»? ДА / НЕТ

Спасибо за внимание!

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

План сестринского ухода

Обследованию подлежала пациентка Семенова М.Н., 71 год.

Сестринское обследование: сбор анамнеза, физическое обследование, лабораторные исследования.

Сбор анамнеза:

анамнез жизни,

анамнез болезни

жалобы.

Физическое обследование включало осмотр пациентки, пальпацию, аускультацию, перкуссию.

Лабораторно-инструментальные исследовании включали:

. Клинический анализ крови - проводится с целью обнаружения лейкоцитоза, повышения СОЭ, анемии.

. Общий анализ мочи

. ЭКГ - для выявления поражения миокарда, нарушения проводимости, ритма, возбудимости.

. АД

. Измерение t тела каждые 3 часа

. Рентгенография грудной клетки - для подтверждения клинического диагноза, для выявления воспалительных инфильтратов в легких.

На основании проведенного исследования выявлены существующие и потенциальные проблемы, составлен план ухода и проведена оценка ухода.

Нарушены потребности: дышать, быть здоровым, поддерживать нормальную температуру тела, избегать опасности.

Цели: краткосрочная - кашель уменьшится через неделю; долгосрочная - кашель не будет беспокоить больного к моменту выписки.

План ухода

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Проблемы пациента | Наблюдение | План ухода | Мотивация | Роль больного и родственников | Оценка |
| Настоящие: кашель, мокрота слизистого характера, одышка, боязнь инъекций, слабость Потенциальные развитие осложнений пневмонии Приоритетная: Кашель  | За ЧСС, ЧДД, пульсом, АД, характером мокроты, ее количеством, температурой тела, физиологи-ческими отправлении-ями | 1. Контролировать соблюдение лечебно-охранительного режима пациентом. 2. Обеспечить проветривание палаты, влажную уборку, кварцевание. 3. Обеспечить пациенту дробное, легко усвояемое, богатое витаминами питание. 4. Провести беседу с пациентом и родственниками о сущности заболевания, разъяснить необходимость выполнения инъекций, ход, убедить в отсутствии их осложнений, успокоить. 5. Выполнять назначения врача, следить за возможными побочными явлениями лекарственных средств. | Для профилактики осложнений, активного участия пациента в лечении. Для эффективного лечения, успокоения пациента. | Обеспечить больному физический и психический покой. Строго следить за соблюдением диеты и режима, за выполнением всех назначений. Объяснить важность последующей диспансери-зации. | Цель достигнута, кашель больного не беспокоит, состояние улучшилось. |