Государственное автономное профессиональное

образовательное учреждение

Республики Башкортостан

«Белебеевский медицинский колледж»

Дипломная работа

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Гатауллина Алия Дамировна

Белебей, 201\_\_

Введение

Хронический бронхит является одной из важнейших проблем здравоохранения, вносящей свой существенный вклад в рост временной нетрудоспособности, увеличение случаев инвалидности и преждевременной смертности (Чучалин А.Г. 2010). В структуре распространенности болезней органов дыхания хронический бронхит занимает лидирующее положение, составляя более 55% патологии респираторной системы (Шмелев Е.И., 2009). В последнее десятилетие хронический бронхит выделен в отдельную нозологическую форму, имеющую соответствующую стадийность, а также сформированы новые подходы к трактовке болезни, методам ее диагностики и профилактики

Развитие хронического бронхита связывают с действием экзогенных и эндогенных факторов риска. Среди экзогенных факторов выделяют курение, профессиональные поллютанты неорганической и органической природы, экологические и климатические факторы, низкий социально- экономический уровень, некоторые формы респираторной инфекции; среди эндогенных - врожденный дефицит альфа- 1- антитрипсина, гиперреактивность бронхов, недоношенность плода при рождении.

Бронхолегочные заболевания - одна из основных причин заболеваемости и смертности населения. Начиная с 60- х гг. ХХ столетия стало расти число заболевших хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, и в первую очередь - хроническим бронхитом и бронхиальной астмой. Ряд авторов отмечают, что динамика болезненности, инвалидности и смертности населения в связи с хроническими неспецифическими заболеваниями легких (ХНЗЛ) приобрела угрожающий характер, удваиваясь каждые пять лет.

По решению экспертов ВОЗ хроническим бронхитом называют заболевание, которое сопровождается кашлем с выделением мокроты не менее трех месяцев в году в течение двух лет, при условии отсутствия других заболеваний дыхательных путей. Очень важно, чтобы вовремя была проведена диагностика заболевания <http://www.eko-med.ru/index.php?r=diagn&subr=terap>, для этого необходимо сдать анализы <http://www.eko-med.ru/index.php?r=diagn> и пройти осмотр у врачей.

Проблема хронического бронхита является одной из актуальных проблем современной терапии, так как диагностика заболевания производится часто несвоевременно. Заболеваемость хроническим бронхитом в последние годы возросла до 60- 65% среди всех форм хронических неспецифических заболеваний лёгких

Таким образом, несмотря на имеющиеся работы, посвященные изучению методов диагностики, профилактики и реабилитации больных бронхитом эта проблема далека от своего разрешения. Недостаточно внимания уделяется программам реабилитации на поликлиническом этапе, в то время как данный этап основной в коррекции состояния больных хроническим бронхитом. Особенностью хронического бронхита является неуклонно прогрессирующая обструкция дыхательных путей, связанная с патологическим воспалительным ответом дыхательных путей на повреждающие частицы или газы. К сожалению, все накопленные на современном этапе знания не способствуют снижению заболеваемости данной патологией. Особая актуальность проблемы связана с ухудшением экологической обстановки на планете, широкой распространенностью табакокурения, влиянием профессиональных вредностей, поздней диагностикой обструктивного синдрома.

Главной целью реабилитации больных хроническим бронхитом является достижение стойкой ремиссии заболевания, которая предполагает максимальную ликвидацию клинических симптомов болезни, подавление активности воспалительного процесса в бронхах, улучшение иммунной реактивности организма, нормализацию общей активности.

Цель работы - изучить роль медицинской сестры в реабилитации больных хроническим бронхитом.

Объект исследования -медицинские сестры и пациенты пульмонологического отделения с хроническим бронхитом.

Предмет исследования - содержание деятельности медицинской сестры в реабилитации больных хроническим бронхитом.

Задачи исследования:

. Изучить теоретические основы хронического бронхита - этиология, патогенез клиника, особенности физической реабилитации больных;

. Определить уровень функционального состояния респираторной системы и физической работоспособности больных хроническим бронхитом в стадии ремиссии до курса физической реабилитации;

. Разработать программу реабилитации для конкретных пациентов с хроническим бронхитом;

. Составить анкету деятельности медицинской сестры пульмонологического отделения в реабилитации больных хроническим бронхитом, для пациентов и медицинских сестер;

. Изучить роль сестринской деятельности в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом на стационарном этапе реабилитации;

. Оценить эффективность деятельности медицинской сестры в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом.

Глава 1. Общая характеристика хронического бронхита

.1 Анатомия и физиология органов дыхания

Дыхательная система или дыхательный аппарат у человека состоит из дыхательных путей и двух дыхательных органов - легких. Дыхательные пути соответственно их положению в теле подразделяются на верхний и нижний отделы. К верхним дыхательным путям относятся полость носа, носовая часть глотки, ротовая часть глотки, к нижним дыхательным путям - гортань, трахея, бронхи, включая внутрилегочные разветвления бронхов.

Дыхательные пути состоят из трубок, просвет которых сохраняется вследствие наличия в их стенках костного или хрящевого скелета. Эта морфологическая особенность полностью соответствует функции дыхательных путей - проведению воздуха в легкие и из легких наружу. Внутренняя поверхность дыхательных путей покрыта слизистой оболочкой, которая выстлана мерцательным эпителием, содержит значительное количество желез, выделяющих слизь. Благодаря этому она выполняет защитную функцию. Проходя через дыхательные пути, воздух очищается, согревается и увлажняется. В процессе эволюции на пути воздушной струи сформировалась гортань - сложно устроенный орган, выполняющий функцию голосообразования. По дыхательным путям воздух попадает в легкие, которые являются главными органами дыхательной системы. В легких происходит газообмен между воздухом и кровью путем диффузии газов (кислорода и углекислоты) через стенки легочных альвеол и прилежащих к ним кровеносных капилляров.

.2 Этиология хронического бронхита

В этиологии хронического бронхита основное значение придается длительному влиянию на бронхи полютантов (летучих веществ) и неиндифферентной пыли, которые оказывают механическое и химическое воздействия на слизистую оболочку бронхов.

. Вдыхание полютантов - содержащихся в воздухе примесей различной природы и химического строения, оказывающих вредное раздражающее действие на слизистую оболочку бронхов (табачный дым, пыль, токсические пары, газы и т. д.);

. Инфекция (бактерии, вирусы, микоплазмы, грибки);

. Эндогенные факторы - застойные явления в легких при недостаточности кровообращения, выделение слизистой оболочкой бронхов продуктов азотистого метаболизма при хронической почечной недостаточности;

. Неизлеченный острый бронхит.

.3 Патогенез хронического бронхита

. Нарушение функции системы местной бронхо-пульмональной защиты (снижение функции мерцательного эпителия, уменьшение активности ои- антитрипсина, снижение продукции сурфактанта, лизоцима, интерферона, защитного IgA, снижение функции Т- супрессоров, Т- киллеров, натуральных киллеров, альвеолярных макрофагов).

. Развитие классической патогенетической триады - гиперкриния (гиперфункционирование бронхиальных слизистых желез, гиперпродукция слизи), дискриния (повышенная вязкость мокроты вследствие изменения ее физико- химических свойств и снижения ее реологии), мукостаз (застой в бронхах вязкой, густой мокроты).

. Благоприятные условия для внедрения в бронхи инфекционных агентов в результате действия вышеназванных факторов.

. Развитие сенсибилизации к микробной флоре и аутосенсибилизации.

1.4 Клинические симптомы

Наиболее характерными клиническими проявлениями хронического бронхита являются кашель с мокротой и одышка. В начале заболевания кашель с отделением слизистой мокроты возникает по утрам. Постепенно кашель начинает беспокоить в течение всего дня, усиливаясь в холодную погоду; с годами становится постоянным, надсадным и мучительным. Количество мокроты увеличивается, она становится слизисто-гнойной или гнойной. Появляется и прогрессирует одышка. Наибольшее значение в пульмонологии придается именно хроническому бронхиту, как процессу первично диффузному, захватывающему все бронхиальное дерево, закономерно ведущему к бронхиальной обструкции, обструктивной эмфиземе легких и развитию легочного сердца.

.5 Методы исследования хронического бронхита

Лабораторные данные

. OAK (общий анализ крови): при обострении гнойного бронхита умеренное повышение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево.

. БАК (бактериологическое исследование крови): увеличение содержания в крови сиаловых кислот, фибрина, серомукоида, α2 и γ- глобулина (редко) при обострении гнойного бронхита, появление СРП.

. ОА (общий анализ) мокроты: слизистая мокрота светлого цвета, гнойная мокрота желтовато- зеленоватого цвета, могут обнаруживаться слизисто-гнойные пробки, при обструктивном бронхите - слепки бронхов; при микроскопическом исследовании гнойной мокроты - много нейтрофилов. При хроническом обструктивном бронхите отмечается щелочная реакция утренней мокроты и нейтральная или кислая - суточной. Реологические свойства мокроты: гнойная мокрота - повышена вязкость, снижена эластичность; слизистая мокрота -снижена вязкость, повышена эластичность. При обструктивном бронхите могут определяться спирали Куршманна.

Инструментальные исследования:

· Бронхоскопия

· Бронхография:

· Рентгенография легких

· Спирография

· Пневмотахометрии

Программа обследования функционального состояния дыхательной системы:

· Тип дыхания (грудное, брюшное, смешанное)

· Частота дыхательных движений в покое (мин)

· Экскурсия грудной клетки (разница между окружностью грудной клетки на максимальном вдохеи на максимальном выдохе, см)

· Проба Штанге (задержка дыхания на вдохе, сек)

· Проба Генчи (задержка дыхания на выдохе, сек)

· Жизненная емкость легких (наибольший объем воздуха, который может быть выдохнут после максимального вдоха, см3).

.6 Особенности лечения хронического бронхита

Терапевтические мероприятия при хроническом бронхите проводятся регулярно, в течение длительного времени, независимо от стадии заболевания. Если при обострении хронического бронхита начинает отходить гнойная мокрота, то назначают антибиотики (после определения микробного возбудителя и его чувствительности к ним) вместе с муколитиками и отхаркивающими средствами. Если хронический бронхит имеет аллергическую природу - показаны антигистаминные препараты. При обострении желателен постельный режим и обильное питье (щелочная «минералка», чай с малиной). Из немедикаментозного лечения используется физиотерапия (УВЧ, электрофорез, ингаляции), дыхательная гимнастика, горчичники, согревающие компрессы (можно достать с антресолей бабушкины медицинские банки). Возможно проведение бронхиального лаважа (промывание бронхов лечебными растворами). Показателем успешности лечения служит отсутствие обострения в течение 2 лет.

Глава 2. Роль медицинской сестры в реабилитации пациентов

.1 Основы реабилитации пациентов с хроническим бронхитом

Реабилитация - это направление современной медицины, которая в своих разнообразных методах опирается, прежде всего, на личность пациента, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи.

Реабилитационные мероприятия (РМ) при бронхите можно начинать проводить при стихании острого процесса при острых бронхитах и после фазы обострения при хроническом бронхите. РМ направлены, прежде всего на повышение общей и местной резистентности бронхиального дерева, сопротивляемости организма к простудным и инфекционным заболеваниям в верхних дыхательных путях. Помимо этого, РМ способствуют усилению крово- и лимфообращения, уменьшению воспалительных изменений в бронхах, восстановлению дренажной функции бронхов и механизма правильного дыхания.

Регулярно проводимые реабилитационные мероприятия, могут обеспечивать медицинскую и в значительной мере профессиональную реабилитацию у больных хроническим бронхитом. Более точная оценка возможностей реабилитации требует больших сроков наблюдения. Что же касается социальной реабилитации больных хроническим бронхитом, то при неуклонно нарастающей дыхательной недостаточности она, по- видимому, бесперспективна, что лишний раз подчеркивает необходимость ранней реабилитационной терапии этих больных, рассчитанной на сохранение их профессиональной работоспособности.

Цель реабилитации - эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к бытовым и трудовым процессам, в общество; восстановление личностных свойств человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает очень близкое к этому определение реабилитации: «Реабилитация представляет собой совокупность мероприятий, призванных обеспечить лицам с нарушениями функций в результате болезней, травм и врожденных дефектов приспособление к новым условиям жизни в обществе, в котором они живут». Термин реабилитация происходит от латинского слова habilis - «способность», rehabilis - «восстановление способности».

По мнению ВОЗ, реабилитация является процессом, направленным на всестороннюю помощь больным и инвалидам для достижения ими максимально возможной при данном заболевании физической, психической, профессиональной, социальной и экономической полноценности.

Таким образом, реабилитацию следует рассматривать как сложную, социально - медицинскую проблему, которую можно подразделить на несколько видов, или аспектов: медицинскую, психологическую, профессиональную (трудовую) и социально - экономическую.

В медицинской реабилитации играет важную роль - медицинская сестра, осуществляя процесс реабилитации, выполняет самые разнообразные обязанности, оказываясь в различных ситуациях и часто изменяющихся отношениях с пациентом и его семьей. Специфика роли медицинской сестры в реабилитации пациентов заключается в том, что она должна реализовать не только лечение, но и принять участие в реализации всего процесса реабилитации. Должны учитываться эмоционально- психологические особенности личности, а душевный контакт пациента с медицинской сестрой признается необходимым элементом реабилитационного процесса.

Весь комплекс подобных взаимоотношений удобно описывать через теорию ролей.

.2 Сестра как лицо, предоставляющее уход

Сестра предоставляет непосредственный сестринский уход по мере необходимости до тех пор, пока пациент или его семья не приобретут необходимые навыки по уходу. Для обеспечения полноценного ухода медицинская сестра должна уметь: установить психологический контакт с пациентом и его семьей, с учетом их личностных особенностей для обеспечения его максимальной активности, выработки целей и осуществление реабилитационных мероприятий; знать и уметь определять реакции пациента на болезнь и проблемы, связанные с болезнью; знать и уметь осуществлять виды сестринских вмешательств, направленные на решение поставленных задач.

Эта деятельность направлена на:

· Восстановление функций кровообращения и лимфообращения, функционального состояния бронхолегочной системы, улучшение функции внешнего дыхания

· Поддержание дренажной функции и вентиляции бронхолегочной системы

· Улучшение нарушенной функции сердечно- сосудистой системы при хронических неспецифических заболеваниях легких

· Стимуляция восстановительных процессов в легких, позволяющая ускорит разрешение патологического процесса

· Нормализацию иммунитета, психовегетативных сдвигов, купирование депрессии

· Коррекцию гормонального фона

· Лечение и санация физическими факторами сопутствующей хронической инфекции / ринита, тонзиллита, синусита, отита

· Укрепление дыхательной мускулатуры и мышц брюшного пресса

· Профилактику осложнений

Медицинская сестра, выполняя эту роль, предоставляет уход путем:

) проведения физических упражнений:

общетонизирующих упражнений, которые улучшают функцию всех органов и систем, активизируют дыхание (для стимуляции функции внешнего дыхания используются упражнения умеренной и большой интенсивности; упражнения малой интенсивности не оказывают тренирующего эффекта на сердечно- сосудистую и дыхательную системы);

специальных (дыхательных) упражнений, которые укрепляют дыхательную мускулатуру, увеличивают подвижность грудной клетки и диафрагмы; способствуют растягиванию плевральных спаек; уменьшают застойные явления в респираторной системе, облегчают выведение мокроты, совершенствуют механизм дыхания, координацию дыхания и движения;

различных методик дыхательной гимнастики, направленных на коррекцию преобладающего патологического процесса;

с целью расслабления напряженных мышечных групп могут быть использованы аутогенная тренировка, качательные и маховые движения конечностями, методика постизометрической релаксации мышц, физические упражнения на расслабление ассоциативных и сегментарных мышц, лечебный массаж с применением техник миофасциального релиза, сегментарно- рефлекторный массаж. С учетом миофасциальных изменений в мышцах наиболее эффективными физическими упражнениями являются движения с участием сегментарных и ассоциативных мышц.

Занятий дыхательной музыкотерапией. А.Н. Стрельникова в своей дыхательной гимнастике предлагает тренировать активно только вдох. Объясняет она это тем, что вдох - первое, следовательно, независимое действие, выдох - второе, следовательно, зависимое от вдоха. Если одновременно со вдохом сделать движение внешних мышц, сжимающих грудную клетку, внутренняя мускулатура, мускулатура органов движения будет вынуждена мешать воздуху расходиться, сопротивляться ему и развиваться за счёт этой нагрузки. Поэтому вдох тренируется строго одновременно с движениями, сжимающими грудную клетку.

Все дыхательные упражнения в её гимнастике идут на дыхательных движениях, сжимающих верхушки лёгких, чтобы воздух, войдя внутрь, не мог исказить форму лёгких, и чтобы человек, делающий упражнения, мог тренировками восстановить её, если она искажена и активизировать мускулатуру оснований органов дыхания.

Все движения необходимо делать ритмично. Ритм правильных вдохов налаживает ритмичность газообмена всего организма, и подчиняясь ему, рано или поздно восстанавливаются разорванные болезнью связи и утраченные из- за неё функции.

В комплекс гимнастики входят такие упражнения, как:

движение - вдох «руки перед грудью». Тренируют плечевой пояс, т.е. мускулатуру, окружающую органы дыхания сверху, и автоматически восстанавливает или активизирует подвижность бронхов;

движение - вдох «наклон назад». Доводит до предела активность плечевого пояса и налаживает координацию движений от брюшного пресса до плечевого пояса во время вдохов, включая в работу очень активно грудные и рёберные мышцы; - движение - вдох «присядь». Сокращает мускулатуру брюшного пресса и таза. Это мешает диафрагме опуститься во время вдоха, следовательно, на самом дне органов дыхания организуется сопротивление воздуха. Но так как руки делают встречные движения, воздух не может подняться в узкие верхушки лёгких и исказить их: там тоже организовано сопротивление ему.

Следовательно, мускулатура органов дыхания сопротивляется воздуху на всём своём протяжении. Все упражнения надо делать энергично, но легко.

В реабилитации пациентов с хроническим бронхитом применяется Оздоровительный комплекс М.Ф. Гриненко представлен дыхательными, звуковыми упражнениями.

) проведения массажа. Массаж - входит в комплексную терапию хронического бронхита. Он способствует отхождению мокроты, обладает бронхорасслабляющим действием. Используется классический сегментарный, лечебный и точечный массаж. Лечебный массаж является эффективным лечебным и реабилитационным методом, применяемым в целях нормализации функций организма при заболеваниях органов дыхания. Массаж при заболеваниях органов дыхания применяется в комплексном лечении с лечебной гимнастикой, физиотерапией, и баночным массажем. При наличии мокроты - перкуссионный массаж или вибрационный. На ночь проводится массаж с гиперемирующими мазями и активацией дыхания. Для улучшения вентиляции в различных участках легких очень важно выбрать оптимальное положение. Дыхание при выполнении лечебной гимнастики должно быть спокойным, ритмичным. Если имеется мокрота в бронхах, то после проведенного массажа дыхательные упражнения выполняются с удлинением фазы выдоха.

Так же применяется баночный массаж, способствует отхождению мокроты при кашле. На смазанную вазелином кожу накладывается банка емкостью 200 мл. Присосавшейся банкой делают скользящие массажные движения от поясницы к шейному отделу позвоночника.

Продолжительность 5- 15 минут. Затем больного укутывают одеялом, дают ему стакан чая с лимоном или малиной. Эта процедура проводится через день. Физиотерапия применяется у больных хроническим бронхитом с целью подавления воспалительного процесса, улучшения дренажной функции бронхов.

Медицинская сестра должна владеть основами лечебной физкультуры, массажа, трудотерапии, методами контроля адекватности нагрузки, специфичными для того или иного заболевания, методом малой психотерапии. Владея этими методами, она обязана организовывать и вести контроль над адекватностью мероприятий, осуществляемых больными самостоятельно. Так, например, при занятиях больным процедурами ЛФК, медсестра, должна проконтролировать правильность, выполнения им процедуры и адекватность получаемой нагрузки с помощью простых методов контроля - подсчетом частоты пульса, частоты дыхательных движений, измерением артериального давления, наблюдением за внешним видом больного и т. п.

2.3 Сестра как «учитель»

Медицинская сестра обеспечивает пациента и его семью информацией и помогает в выработке навыков, необходимых для возвращения к нормальному состоянию здоровья и достижения независимости. Медицинская сестра может предоставлять пациенту обучающую информацию и материалы о его болезни или инвалидности, а также предоставляет информацию о новых методах реабилитации.

Выполняя эту роль, медицинская сестра должна владеть:

· соответствующими знаниями о данном заболевании и правильно донести до пациента и его семьи, на доступном им языке

· основами трудотерапии, что позволит ей подсказать больному, как лучше выполнить задание трудотерапевта, и оценить реакцию больного на нагрузку, своевременно предложить прекратить ее при неадекватности реакции

· основами массажа

Медицинская сестра должна уметь обучить:

) технике выполнения эффективного дыхания. Обучение полному дыханию и его сознательному регулированию начинается со статических упражнений; используют упражнения в ритмическом статическом дыхании, что приводит к урежению дыхательных движений за счет их углубления, при этом увеличивается сила дыхательных мышц и тонизируется межреберная мускулатура. Дыхание с добавочным сопротивлением (вдох через губы, сложенные трубочкой, через трубочку, надувание резиновых игрушек) уменьшает частоту и увеличивает глубину дыхания, активизирует работу дыхательных мышц. Дышать рекомендуется через нос, так как при этом происходит увлажнение и очищение вдыхаемого воздуха; раздражение рецепторов верхних дыхательных путей рефлекторно расширяет бронхиолы, углубляет дыхание и повышает насыщение крови кислородом.

При необходимости щадить пораженное легкое применяют исходные положения, ограничивающие подвижность грудной клетки с пораженной стороны (лежа на больном боку). Использование отягощения в виде мешочков с песком при выполнении дыхательных упражнений способствует укреплению мышц брюшного пресса, межреберных мышц и увеличению подвижности диафрагмы. Для дозирования физической нагрузки используют изменение исходного положения, темпа, амплитуды, степени мышечного напряжения, числа и продолжительности выполняемых упражнений, пауз для отдыха, включают упражнения на расслабление.

Выполнение дыхательных упражнений требует соблюдения основных законов дыхания: перед любой физической нагрузкой необходимо удалить из легких остаточный воздух, для чего надо сделать выдох через губы, сложенные трубочкой; вдох в основном (на 80%) осуществляется за счет диафрагмы, при этом мышцы плечевого пояса должны быть расслаблены; выдох по продолжительности должен быть примерно в 2 раза и более длиннее вдоха; вдох осуществляется, когда грудная клетка расправлена, выдох - когда она сдавлена (например, при наклоне).

Выдох обычно производится при расслаблении мышц, участвующих во вдохе, под воздействием силы тяжести грудной клетки, т.е. замедленный выдох происходит при динамической уступающей работе этих мышц. Выведение воздуха из легких обеспечивают эластические силы легочной ткани. Форсированный выдох происходит при сокращении мышц, производящих выдох; усиление выдоха достигается наклоном головы вперед, сведением плеч, опусканием рук, сгибанием туловища, поднятием ног вперед.

Дыхательными упражнениями можно произвольно изменять частоту дыхания. Чаще применяют упражнения в произвольном замедлении частоты дыхания (в этом случае рекомендуется считать про себя): упражнение уменьшает скорость движения воздуха и снижает сопротивление его прохождению через дыхательные пути. Учащение дыхания увеличивает скорость движения воздуха, при этом возрастают сопротивление и напряжение дыхательных мышц. При необходимости усиления вдоха или выдоха во время дыхательных упражнений произвольно меняют соотношение времени вдоха и выдоха. Для обеспечения полноценной вентиляции легких при обучении методике дыхания нужно освоить все типы дыхания (верхнегрудное, нижнегрудное и диафрагмальное).

2) Так же медицинская сестра должна обучить пациента самомассажу. Говоря о самомассаже грудной клетки, мы имеем в виду массаж <http://www.medn.ru/statyi/Massazh.html> передней части грудной клетки, больших грудных мышц и межреберных промежутков. Женщины должны <http://www.medn.ru/semiy/schastlivyie-roditeli/kakoy-dolzhna-i-ne-dolzhna-byit-zhenschina.html> выполнять самомассаж груди на верхней трети большой грудной мышцы (выше молочной железы <http://www.medn.ru/statyi/shhitovidnaya-zheleza-simptomy-zabolevaniya.html>). Такой массаж укрепляет и повышает тонус большой и малой грудных мышц, что имеет большое значение для обеспечения эффективности дыхания.

Выполнять его лучше всего в положении сидя. Сесть следует так, чтобы рука с массируемой стороны лежала кистью и предплечьем на бедре, голову наклонить к массируемой мышце. Таким образом, правой рукой нужно выполнять массаж мышцы левой стороны груди, а левой - мышцы правой стороны.

Можно делать такой массаж и в положении стоя или лежа. При массаже в положении лежа руку с массируемой стороны следует положить на живот, а другой рукой выполнять массирующие движения.

Первый этап - поглаживание. Руку следует плотно прижать к телу, большой палец отвести в сторону. Направление движения - снизу вверх, от центра груди к подмышечной впадине.

Второй этап - выжимание, его нужно производить бугром большого пальца и основанием ладони одной руки над соском <http://www.medn.ru/zdorovie\_genzini/16.htm> и под ним. Направление движения - от грудины к плечам. Повторить 5- 6 раз.

Следующий этап - растирание <http://www.medn.ru/massag/16.htm>. Сначала следует выполнить растирание межреберных промежутков. Направление массирующих движений - от грудины к плечам. Прием нужно выполнять одной рукой и с отягощением, подушечками пальцев вдавливая в межреберья и проводя энергичные прямолинейные, кругообразные, спиралевидные и пунктирные растирания.

Можно выполнить одновременное растирание. В этом случае каждая рука должна массировать свою сторону груди.

Затем следует выполнить растирание подреберья. Направление движения - от мечевидного отростка вниз и в стороны. Такое растирание следует проводить ладонью, расположив большой палец сверху на ребрах, а четыре остальных - снизу. Каждой рукой нужно массировать одноименную сторону.

Лучше всего выполнять этот прием, в положении лежа: ноги согнуть в коленных и тазобедренных суставах. Такое положение позволяет максимально расслабить мышцы.

После этого необходимо провести растирание грудины. Для этого нужно слегка развести пальцы и расположить их слева от грудины. Растирание следует выполнять фалангами согнутых в кулак пальцев и основанием ладони. Направление движения - к большой грудной мышце.

Четвертый этап - разминание <http://www.medn.ru/statyi/Razminanieprimassazhe.html>. Сначала ординарное разминание, затем разминание фалангами согнутых пальцев, подушечками четырех пальцев и основанием ладони.

Пятый этап - потряхивание.

Завершить массаж грудной клетки нужно легкими расслабляющими поглаживаниями.

· Научить родственников, выполнять точечный массаж.

При хроническом бронхите используется массаж следующих точек:

Хэгу - одна из самых популярных точек, известная в акупрессуре как “точка ста болезней”.

Расположена в развилке между большим и указательным пальцами с тыльной стороны кисти на верхушке мышечного бугорка;

Дачжуй - в углублении под остистым отростком седьмого шейного позвонка;

Тяньту - в центре углубления над серединой яремной вырезки;

Для неспециалиста наиболее доступны следующие приемы точечного массажа:

Легкое касание и поглаживание,

Легкое надавливание пальцем и глубокое надавливание.

Давление пальцем при акупрессуре должно быть строго вертикальным, без смещения. Движение пальца должно быть вращательным или вибрирующим, но обязательно безостановочным. Чем сильнее воздействие на точку, тем короче оно должно быть. Большинство из используемых точек обрабатываются большим пальцем.

Рекомендуется проводить массаж не более 10 минут. Во время нажатия человек не должен испытывать неприятных ощущений. Завершить массаж можно разминанием концевых фаланг больших пальцев на руках.

Противопоказания:

Точечный массаж противопоказан при любых опухолях, острых лихорадочных состояниях, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, заболеваниях крови, активных формах туберкулеза, беременности.

) Обучить технике пользования карманным ингалятором

.4 Сестра как «адвокат»

Медицинская сестра сообщает о потребностях и желаниях пациента другим специалистам, выступая от его имени. Эта роль требует сообщения полной и достоверной информации как медицинским работником пациенту, так и пациентом медицинскому работнику. Добровольное информированное согласие означает, что пациент получил полную, достоверную информацию о состоянии своего здоровья, предполагаемом медицинском вмешательстве, рисках причинения ему вреда, альтернативных методах лечения в доступной для него форме, и на основе этой информации дал добровольное согласие на проведение планируемого медицинского вмешательства.

Медсестра обязана владеть методом малой психотерапии, так как, общаясь с больными более продолжительное время, чем врач, она может достичь большего в коррекции его психологического статуса. Медсестра обязана следить за своевременностью и продолжительностью самостоятельных занятий больного. Она обязана владеть методами оказания первичной ургентной помощи при ухудшении состояния больного в период вечерних самостоятельных процедур, регистрировать и доводить до сведения врача обо всех неадекватных реакциях за больного на нагрузку.

.5 Сестра как «советник»

Сестра действует как постоянный и объективный помощник пациента, вдохновляя его использовать функциональные возможности, помогает пациенту распознать и увидеть сильные стороны личности пациента, организует образ жизни пациента, путем рекомендаций по питанию, здоровом образе жизни, о соблюдении режима труда и отдыха, что является благоприятным для удовлетворения его потребностей.

Больные, которые в процессе реабилитации занимаются ЛФК, трудотерапией, получают массаж и т. д., могут и должны продолжать эти занятия и в вечернее время. Для полного восстановления здоровья медсестра советует:

· выполнять дыхательную разминку и упражнения лечебной физкультуры

· выполнять паровые ингаляции, которые можно делать дома;

· применять физиотерапевтические процедуры. Физиотерапия - это лечение силами природы, физические факторы могут оказывать местное действие на организм через кожу, слизистую оболочку, различные ткани и органы, но даже в этих случаях благодаря нервно- рефлекторным влияниям оказывают и общее укрепляющее воздействие. Применение физиотерапевтических факторов при бронхитах показано для усиления иммунобиологических процессов в организме.

Из физиотерапевтических методов при бронхите применяется: электрическое поле УВЧ (поле Ультра Высокой Частоты), микроволновая терапия (СВЧ, при наличии бронхоспазма используется электрофорез 5% раствора магния сульфата, ультрафиолетовое облучение, электрофорез кальция хлорида на грудную клетку.

· Соблюдать правила здорового образа жизни, категорически нельзя употреблять алкоголь, так как алкоголь быстро всасывается в кишечнике, разносится кровью по всему организму и, выделяясь через дыхательные пути, раздражает бронхи, усиливает воспаление.

Так же следует отказаться от курения, злейший враг органов дыхания-табачный дым. Вот почему отказ от курения при хроническом бронхите совершенно обязателен. Клиницисты не раз убеждались, что у пациентов, бросивших курить, облегчалось течение заболевания, а иногда даже наступало полное выздоровление.

· Избегать охлаждения, резкой перемены температуры. Одеваться надо всегда по сезону и особенно следить за тем, чтобы не промочить ноги. При плохой погоде необходимо захватить с собой плащ и зонт. Ни в коем случае нельзя носить слишком теплую одежду: у вспотевшего незакаленного человека легче возникает обострение бронхита. И в то же время нельзя избегать свежего воздуха, бояться прогулок при холодной погоде. Главное-не перегреваться и не переохлаждаться, а сам по себе холодный воздух необходим. К нему надо привыкать. И еще одно предупреждение: выйдя на улицу, нельзя закрывать рот и нос шарфом. Под ним скапливаются водяные пары, которые охлаждают бронхи и легкие.

· Закаливаться. Вначале в течение месяца по утрам необходимо делать сухие растирания всего тела жестким махровым полотенцем, мыть лицо попеременно чуть теплой и прохладной водой. Со временем в течение 2-3 месяцев температуру прохладной воды следует все более снижать, а теплой-повышать. Следующий этап закаливания-общие водные процедуры, если их разрешил врач. Можно переходить к приему душа, сначала теплого, а затем прохладного; лучше это делать на ночь. Полезно ежедневно мыть ноги водой, температура которой должна постепенно снижаться. Закаливаться, разумеется, можно лишь в то время, когда нет обострения хронического бронхита.

Изучение методов реабилитации больных хроническим бронхитом показало, что эффективными средствами реабилитации являются лечебная физкультура, массаж и физиотерапевтические методы. Реабилитационный эффект перечисленных методов обусловлен спазмолитическим действием физических факторов, усилением секреции, разжижением и скорейшим отхождением мокроты, повышением иммунной активности ассоциированной лимфатической системы, улучшением общего состояния больного Назначаются они строго индивидуально и дифференцированно с учетом возраста больного, формы, степени распространенности и тяжести бронхолегочного процесса.

Глава 3. Организация, методы и методики исследования. Результаты исследования

Исследование ВКР проводилось в Белебеевской ЦРБ в терапевтическом отделении, целью исследования являлось - изучить роль медицинской сестры в реабилитации больных с хроническим бронхитом

Задачи исследования:

. Составить анкету деятельности медицинской сестры пульмонологического отделения в реабилитации больных хроническим бронхитом

. составить анкету деятельности медицинской сестры пульмонологического отделения для пациентов, находящихся на стационарном этапе лечения;

. Изучить роль сестринской деятельности в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом на стационарном этапе восстановительной терапии. Для достижения поставленной цели были использованы методы:

· анкетирования медицинских работников;

· анкетирования пациентов с хроническим бронхитом;

· методы объективного обследования органов дыхания у пациентов, до начала применения физической реабилитации и после;

· математического анализа.

В обследованиях принимали участие 4 пациента мужского пола, возраст которых составлял от 40 до 60 лет, с диагнозом с хронический бронхитом в стадии ремиссии, которым был назначен курс физической реабилитации. Программа физической реабилитации включала комплекс лечебной гимнастики, который был представлен дыхательными, звуковыми упражнениями, проводились ежедневно, по 2 раза в день (один раз под контролем утром и вечером самостоятельно) После проводились вибрационный массаж и ингаляции.

Все обследуемые имели допуск к занятиям лечебной физкультурой в соответствии с индивидуальными особенностями функционального состояния. Также проводилась выборка по наличию сопутствующих заболеваний (артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца, нарушений мозгового кровообращения и инфарктов в анамнезе) для предотвращения возможных осложнений при проведении лечебной физкультуры и нагрузочного тестирования.

Курс реабилитации составил 6 дней. Упражнения лечебной гимнастики после обучения пациенты проводили самостоятельно. Ингаляции 6 дней осуществляли ежедневно, после лечебной физкультуры. Курс ингаляций составил 6 сеансов.

Для определения уровня компетенции в реабилитационных мероприятий, проводилось анкетирование среди медсестер терапевтического отделения.

Для оценки эффективности деятельности медицинских сестер в реабилитации, проводилось анкетирование среди пациентов страдающих хроническим бронхитом более 10 лет, их возраст составлял от 40 до 60 лет. В анкетировании приняли участие 4 пациента.

Перед применением средств физической реабилитации у пациентов были проведены методы объективного обследования органов дыхания:

· Тип дыхания (грудное, брюшное, смешанное)

· Частота дыхательных движений в покое (движений в 1 мин)

· Проба Штанге (задержка дыхания на вдохе, сек)

· Проба Генчи (задержка дыхания на выдохе, сек)

· Жизненная емкость легких (наибольший объем воздуха, который может быть выдохнут после максимального вдоха, см3)

Таблица 1. Обследование пациентов до проведения физической реабилитации

|  |  |
| --- | --- |
| День пребывания в стационаре | 1 |
| Пациент № | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Тип дыхания | смешанное | смешанное | грудное | брюшное |
| Частота дыхательных движений (движений в 1 мин) | 25 | 16 | 18 | 22 |
| Проба Штанге (сек.) | 16 | 19 | 25 | 17 |
| Проба Генчи (сек.) | 6 | 20 | 22 | 15 |
| Жизненная емкость легких(мл.) | 2100 | 2270 | 3240 | 2084 |

После проведенного объективного обследования начался курс физической реабилитации по составленному плану:

Таблица 2. План реабилитации пациентов с хроническим бронхитом

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Содержание | Длительность | Время проведения |
| 1 | Лечебная гимнастика | 15 минут | 7.00 |
| 2 | Самомассаж | 5 минут | 9.00 ; 18.00 |
| 3 | Физиотерапевтические процедуры | 10 минут | 10.00 |
| 4 | Ингаляции | 5 минут | 16.00 |
| 5 | Специальные дыхательный упражнения | 15 минут | 19.00 |

Для проведения физической реабилитации по составленному плану, медсестра как «учитель»- обучает пациентов технике выполнения лечебной гимнастики, специальных дыхательных упражнений, самомассажу. Сестра как «советник» - для полного восстановления здоровья советует выполнять дыхательную разминку и упражнения лечебной физкультуры, выполнять паровые ингаляции, которые можно делать дома. Сестра как «адвокат» - учитывая потребности и желания пациента, помогает справляться с возникшими трудностями в период проведения реабилитации, она обязана следить за своевременностью и продолжительностью самостоятельных занятий больного.

План реабилитации пациентов:

1. Лечебная гимнастика (утром после сна, дыхание ровное, спокойное, свободное через нос):

· Исходное положении лежа на спине. Согнуть ногу в коленях, подтягивает к груди -выдох. и.п - вдох. Повторить 2- 3 раза в среднем темпе;

· Исходное положениесидя, зажать пальцем одну ноздрю, сделать вдох, выдохнуть через вторую ноздрю. Зажать другую ноздрю и проделать то же самое;

· Исходное положениестоя, руки развести в стороны, сделать перекрестное движение руками - выдох;

· Исходное положение сидя, руки на коленях. Руки за голову, прогнуться - вдох; вернуться в исходное положение - выдох. 4-6 раз;

· Исходное положениесидя, руки на поясе- вдох, подтянуть руками колено к груди - выдох. Поочерёдно. 3-6 раз;

· Исходное положение сидя, ноги на ширине плеч, руки внизу. Наклон влево, левой рукой постараться коснуться пола, правую к плечу - выдох; вернуться в исходное положение - вдох. То же с наклоном в другую сторону. 4-6 раз;

· Исходное положение сидя, руки в стороны - вдох; руки скрестно на рёбра, вставая и наклоняясь вперед, - выдох. 4-8 раз;

· Ходьба с подниманием рук в стороны на вдохе и опусканием на выдохе - 1-2 минуты. с замедлением темпа и удлинением выдоха - 30 - 60 сек;

2. Специальные дыхательный упражнения (пациенты выполняют самостоятельно):

· Исходное положение стоя, руки поднять вверх и потянуться, встав на носочки - вдох. Опустить руки - выдох, произнося - «у- у- у». Комплекс дыхательной гимнастики при бронхите выполняется пять раз;

· Ходьба на месте две минуты. Руки поднимаются и разводятся в стороны, в ритм шага - вдох носом. Руки опускаются - сильный выдох со звуком - «у- у- у»;

· Исходное положение стоя, ноги разведены. Поочерёдно выполнять взмахи руками вперёд и назад. Вдохи ртом - частые. Выдохи - носом;

· Исходное положение стоя, ноги вместе. Поднять одну руку, вторая отводится в сторону. Вдох - носом. Меняем положение рук - медленный и длинный выдох.

3. Самомассаж Массаж (точечный массаж точки хегу, дачжуй, тяньту);

4. Физиотерапевтические процедуры (поле ультра высокой частоты);

5. Ингаляции (небулайзер с беродуалом).

После проведения физической реабилитации было проведено объективное обследование пациентов:

Таблица 3. Обследование пациентов после проведения физической реабилитации

|  |  |
| --- | --- |
| День пребывания в стационаре | 6 |
| Пациент № | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Тип дыхания | грудное | брюшное | грудное | брюшное |
| Частота дыхательных движений (движений в 1 мин.) | 20 | 17 | 17 | 18 |
| Проба Штанге (сек.) | 22 | 26 | 28 | 25 |
| Проба Генчи (сек.) | 10 | 22 | 29 | 20 |
| Жизненная емкость легких (мл.) | 2230 | 2380 | 3470 | 2780 |

По результатам объективного обследования до и после проведения физической реабилитации, мною были сделаны выводы, что при выполнении выше указанных ролей в реабилитации пациентов медсестрами, показатели объективного исследования пациентов заметно улучшаются.

Анкетирование среди медсестер для определения уровня компетенции в реабилитационных мероприятий. Результаты:

)Нравится ли вам ваша профессия? (да, нет)

100% - да

)Знаете ли вы, что такое ЗОЖ? (да, нет)

100% - да

)Ведете ли вы ЗОЖ? (да, нет)

100% - да

)Закаливаетесь ли вы? (Да, нет)

50% - да, 50%- нет

)Знаете ли вы, что в вашу профессиональную деятельность входят обязанности по проведению профилактических мероприятий среди пациентов? (да, нет)

100%- да

)Как часто вы проводите профилактические мероприятия? (не провожу

, 1 раз в неделю, 1 раз в месяц, другой вариант ответа)

90% - 1 раз в неделю

10%- по мере возможности

)Знаете ли вы о медицинской реабилитации пациентов? (да, нет)

100%- да

) Обучаете ли вы пациентов методам реабилитации? (да, нет)

90%- да

10%- нет

)Владеете ли вы основами массажа? (да, нет)

90%- да

10% - нет

)Владеете ли вы основами лфк?(да, нет)

100% - да

) Даете ли вы рекомендации пациентам и их родственникам по методам восстановления здоровья? (да, нет)

100%- да

) Учитываете ли вы потребности и желания пациентов при уходе за ними? (да, нет)

100%- да

)Как вы понимаете, усвоены ли пациентами проведенные с ними реабилитационные мероприятия и как это повлияло на их здоровье? (улучшение в динамике их состояния, повторяют уже самостоятельно данные им методы, никак не понимаю)

80%- улучшение в динамике их состояния

10%- повторяют уже самостоятельно данные им методы

10% - никак не понимаю

)Как вы оцениваете эффективность вашей реабилитационной деятельности? (удовлетворительно, хорошо, отлично)

90% - отлично

10%- хорошо

) Что по Вашему мнению негативно отражается на вашем желании эффективно работать? (нужное подчеркнуть) большие физические и эмоциональные нагрузки, низкая оплата труда, плохо приспособленное рабочее место, однообразный труд)

100% - большие физические и эмоциональные нагрузки, низкая оплата труда, плохо приспособленное рабочее место)

Анкетирование среди пациентов, для оценки эффективности деятельности медицинских сестер в реабилитации. Результаты:

. Как давно считаете себя больным с хроническим бронхитом? (10 - 20 лет, 20- 40 лет)

50 % - 10- 20 лет

50%- 20- 40 лет

. Что по- вашему понимаю означает здоровый образ жизни? (не знаю, когда нет вредных привычек)

50% - не знаю

% - когда нет вредных привычек

. Ведете ли вы здоровый образ жизни?

100% - нет

Если да, то какие методы вы используете?

. Ваши вредные привычки? (нет, курение, алкоголь, бытовые привычки и др.)

50%- нет

50% - курение

. Сколько раз за год вы проходите стационарное лечение? (1, 2, 3, 4)

% - 1- 2 раза в год

. После пройденного курса лечения, вам становится лучше? (Да, нет, частично)

90% - да

10% - частично

. Находясь на стационарном лечение с вами проводят профилактические мероприятия? (беседы, дают ли вам какие- либо советы)

100% - нет

. Дают ли вам рекомендации по восстановлению здоровья? (да, нет)

100% - нет

. Знаете ли вы о дыхательной гимнастике? (да, нет, что- то слышал(а))

80 % - нет

10%- да

10%- что- то слышал

. Обучают ли вас дыхательной гимнастике? (да, нет)

90%- да

10%- нет

. Обучают ли вас, самомассажу? (да, нет)

100%- нет

. Применяете ли вы данные вам методы по восстановлению здоровья?

(да, нет, не знаю о них)

100%- не знаю о них

. Как считаете, данные вам советы помогают? (да, нет, не знаю, советов не давали)

100%- советов не давали

. Довольны ли вы: общением, уходом, лечением в стационаре? (да, нет, частично)

90%- да

10% - частично

. Оцените эффективность работы медицинского персонала: хорошее, удовлетворительное, плохое?

90%- хорошее

10% - удовлетворительное

По результатам анкетирования я сделала выводы, что если взять медсестер отделения за 100%, то 95% выполняют свои обязанности и роли; ведут соответствующий для медицинского работника образ жизни; владеют навыками по методам реабилитации; дают определенные знания пациентам и их родственникам, тем самым восполняя дефицит знаний о данном заболевании; регулярно проводят профилактические мероприятия путем проведения бесед; к своей деятельности подходят на профессиональном уровне; добросовестно выполняют мероприятия по уходу за пациентами учитывая все их пожелания и потребности. А 5 % - знают о своих обязанностях, но нежелание работать приводит к тому, что выполняют свои обязанности только частично.

Практическая значимость исследования роли медсестры в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом, заключается в возможности применения ее на практике для организации сестринской деятельности по проведению реабилитационных мероприятий пациентам.

Рекомендации медицинским сестрам по проведению реабилитационных мероприятий:

. Выполняя роль - сестра, как лицо предоставляющее уход, осуществлять уход следующим образом:

· Обеспечить регулярное проветривание в палате, где находится больной;

· Избегайте появления в палате резких запахов (косметики, дезодорирующих средств и т.д.), чтобы не спровоцировать приступ кашля.

· Обеспечить лечебное питание, которое способствует, более быстрому лечению воспаления, повышает иммунитет, поддерживает работоспособность сердца и сосудов, а также разгружает пищеварительную систему

· Обеспечить обильное питье до 2 литров в сутки;

· Контролировать выполнение физических упражнений:

общетонизирующих;

специальных упражнений

различных методик дыхательной гимнастики, направленных на коррекцию преобладающего патологического процесса;

· Контролировать выполнение массажа. Медицинская сестра должна владеть основами лечебной физкультуры, массажа, трудотерапии, методами контроля адекватности нагрузки, специфичными для того или иного заболевания, методом малой психотерапии;

. Выполняя роль - сестра как «учитель», медицинская сестра должна уметь обучить:

) технике выполнения эффективного дыхания;

) Так же медицинская сестра должна обучить пациента самомассажу;

) Научить родственников, выполнять точечный массаж;

. Выполняя роль - сестра как «адвокат», медсестра обязана следить за своевременностью и продолжительностью самостоятельных занятий больного. Она обязана владеть методами оказания первичной помощи при ухудшении состояния больного в период вечерних самостоятельных процедур, регистрировать и доводить до сведения врача обо всех неадекватных реакциях за больного на нагрузку.

. Выполняя роль - сестра как «советник» для полного восстановления здоровья медсестра советует:

) выполнять дыхательную разминку и упражнения лечебной физкультуры;

) выполнять паровые ингаляции, которые можно делать дома;

) Соблюдать правила здорового образа жизни, категорически нельзя употреблять алкоголь, так как алкоголь быстро всасывается в кишечнике, разносится кровью по всему организму и, выделяясь через дыхательные пути, раздражает бронхи, усиливает воспаление;

) Так же следует отказаться от курения, злейший враг органов дыхания-табачный дым. Вот почему отказ от курения при хроническом бронхите совершенно обязателен. Клиницисты не раз убеждались, что у пациентов, бросивших курить, облегчалось течение заболевания, а иногда даже наступало полное выздоровление;

) Избегать охлаждения, резкой перемены температуры. Одеваться надо всегда по сезону и особенно следить за тем, чтобы не промочить ноги;

) Закаливаться.

При донесении рекомендаций до пациентов, говорите на доступном им языке, для более эффективного исхода проведенных мероприятий.

Анализ использованной литературы:

Мною был использован материал (из книги/учебника/интернет ресурса):

. Гриненко М.Ф. Физкультура и спорт/М.Ф. Гриненко. - М.: Путь к здоровью. Именно в ней, более подробно описан оздоровительный комплекс в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом, который представлен дыхательными, звуковыми упражнениями;

. Попов С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник. /C.Н. Попов. - М.: Академия, потому что, именно в нем более конкретно описаны понятия о ЛФК и реабилитации, средства ЛФК, общие требования к методике применения физических упражнений, ЛФК при заболеваниях органов дыхания, основы методики ЛФК при заболеваниях органов дыхания;

. Щетинин М.Н. Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой /М.Н. Щетинин. -М.: Метафора, в этой книге наиболее полное описание всех упражнений дыхательной гимнастики Стрельниковой, как их правильно выполнять при хроническом бронхите и различных заболеваниях;

. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: учеб./ В.А. Епифанов. - М.:ГЭОТАР -Медиа. В этом учебнике изложены основы восстановительной медицины как самостоятельного направления медицинской науки и практики. Подробно освещены методы диагностики и исследований функционального состояния организма. Рассмотрено влияние оздоровительной физической культуры на организм человека.

Заключение

дыхание бронхит медицинский сестра

Хронический бронхит в настоящее время, является, одной из самых распространенных патологий среди пациентов.

В процессе физической реабилитации хронического бронхита на стационарном этапе следует применять комплексный поход: медикаментозную терапию, лечебную физическую культуру, лечебную гимнастику, физиотерапевтическое лечение, массаж, ингаляции.

На стационарном этапе реабилитации больным с данной патологией, с учетом возможностей лечебного учреждения, можно рекомендовать все средства лечебной физической культуры: физические упражнения, дыхательная гимнастика, лечебный массаж.

В ходе работы, поставленные нами задачи были раскрыты, а именно:

. Рассмотрены теоретические основы хронического бронхита. Выявлена важность данной проблемы, так как заболевание имеет большую распространенность, сохраняется тенденция к дальнейшему увеличению числа больных в России;

. Определен уровень функционального состояния респираторной системы и физической работоспособности больных хроническим бронхитом в стадии ремиссии до курса физической реабилитации. Для дальнейшего анализирования состояния пациента, после проведенной программы физической реабилитации;

. Разработана программа реабилитации для конкретных пациентов с хроническим бронхитом;

. Для определения уровня компетенции в реабилитационных мероприятий, проведено анкетирование медсестер терапевтического отделения;

. Для оценки эффективности деятельности медицинских сестер в реабилитации, проведено анкетирование пациентов, страдающих хроническим бронхитом;

. Изучена роль сестринской деятельности в реабилитации пациентов с хроническим бронхитом на стационарном этапе реабилитации.

. Проведен анализ эффективности средств физической реабилитации в коррекции состояния здоровья больных хроническим бронхитом.

Роль медицинской сестры в реабилитации пациентов является обязательным разделом работы любого лечебно- профилактического учреждения. Должность медсестры многогранна. Это главная организационно- лечебная единица на всех самых ответственных уровнях и участках восстановительного процесса. Именно медицинская сестра гораздо чаще контактирует с пациентами, дает больным все необходимое, является основным врачевателем, восстановителем на всем этапе реабилитации, оставляя в каждом человеке частичку себя и своей заботы. Медицинская сестра - не просто какая- то должность, это образ жизни, особенно, если рассуждать о стационарных условиях.

Медсестра не только творческий организатор реабилитационного процесса, она способна быть грамотным и талантливым воспитателем в рабочем коллективе, в особенности для младшего медперсонала, формируя образ чуткой и истинной «няни», тонкого психолога, уважаемой и обаятельной личности. Реабилитационные мероприятия должны не мешать работе, а повышать ее качественный уровень, не сводиться к формально проведенной беседе, а осуществляться с использованием всех доступных методов индивидуального воздействия, воздействия на группу и массовой коммуникации. Координировать эту работу, на уровне среднего медицинского персонала призваны старшие и главные медицинские сестры поликлиник и больниц, планировать - заведующие отделениями, а обеспечивать технически и методически - инструкторы грамотно обученные всем методам реабилитации.

Список использованной литературы

1. Александров В.В. Основы восстановительной медицины и физиотерапии: учеб. /В.В. Александров. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 136с.

. Бербенцова Э.П. Пособие по пульмонологии. Иммунология, клиника, диагностика и лечение воспалительных вирусных, бактериальных заболеваний верхних дыхательных путей, бронхов, легких. / Э.П. Бербенцова. - М.: Редакция журнала «Успехи физических наук», 2009. - 624 с.

. Верещагин И.А. Врачебные советы - Бронхит/ И.А. Верещагин.// Твое здоровье. - 2013. - №12. - С.15- 16.

. Гриненко М.Ф. Физкультура и спорт/М.Ф. Гриненко. - М.: Путь к здоровью, 2010. - 144с.

. Епифанов В.А. Восстановительная медицина: учеб./ В.А. Епифанов. - М.: ГЭОТАР -Медиа, 2012. - 304с.

. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитация больных и инвалидов/ В. А. Лисовский [и др.]. - М.: Советский спорт, 2009. - 320с.

. Косарев В.В. Эпидемиологическая характеристика и факторы риска хронического бронхита среди городского населения /В.В. Косарев, С.А. Бабанов. - М.: Здравоохранение Российской Федерации. 2011 - №6. - С.17-19.

. Костина В.В. Хронический бронхит: этиология, патогенез, особенности клиники и лечения /В.В. Костина. - М.: Медикум. - 2010. - №6. - С.12- 13.

. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела: учеб./ С.А. Мухина, И.И. Тарновская. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010. - 386с.

. Попов С.Н. Лечебная физическая культура: Учебник. /C.Н. Попов. - М.: Академия, 2012. - 416с.

. Труфанова В. Ф. Методика обследования в бронхопульмонологии / В.Ф. Труфанова. - М.: Медицина, 2012. - 240с.

. Чучалин А.Г. Практическая пульмонология/А.Г. Чучалин// Медицина и здравоохранение. - 2011. - №1. - С.18- 19.

. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких/А.Г. Чучалин. - М.: Хронические болезни, - 2010. - 234с.

. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких/Е.И. Шмелев /М.: Терапевтический архив, 2009. т.№ 12. - С.74- 76.

. Щетинин М.Н. Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой/М.Н. Щетинин. -М.: Метафора, 2013. - 108с.

Приложение 1

Заболеваемость хроническим бронхитом за 2013- 2015 года, среди всех форм хронических неспецифических заболеваний лёгких



Приложение 2

Оздоровительный комплекс М.Ф. Гриненко

. Сидя на стуле, руки на коленях. Руки за голову, прогнуться - вдох; вернуться в исходное положение - выдох. 4-6 раз.

. Сидя на стуле, руки на поясе. Сделав вдох, подтянуть руками колено к груди - выдох. Поочерёдно. 3-6 раз.

. Сидя на стуле, ноги на ширине плеч, руки внизу. Наклон влево, левой рукой постараться коснуться пола, правую к плечу - выдох; вернуться в исходное положение - вдох. То же с наклоном в другую сторону. 4-6 раз.

. Сидя на стуле. Руки в стороны - вдох; руки скрестно на рёбра, вставая и наклоняясь вперед, - выдох. 4-8 раз.

. Сидя на стуле, руки на коленях. Отводя голову назад, прогнуться - вдох; вернуться в исходное положение - удлиненный выдох через рот, ' произнести звук «жжж». 4-6 раз.

. Ходьба обычная - 1-2 минуты. Ходьба с подниманием рук в стороны на вдохе и опусканием на выдохе - 1-2 минуты. Ходьба с замедлением темпа и удлинением выдоха - 30 - 60 сек.

. Стоя, ноги врозь, руки внизу. Прогнуться, соединив за спиной прямые руки, - вдох; наклонить голову вперёд, прямые руки соединить внизу перед собой - удлиненный выдох, произнося звук «у- у- у». 3-5 раз.

. Стоя, ноги врозь, руки на поясе. Отводя левую ногу назад на носок, слегка повернуть туловище вправо, правую руку в сторону (посмотреть на неё) - вдох; вернуться в исходное положение - выдох; то же в другую сторону. 3-4 - раза.

. Ноги врозь, руки внизу. Наклон вправо, правую руку на пояс, левую вверх - вдох; вернуться в исходное положение - выдох; то же в другую сторону. 3-4 - раза.

. Стоя, ноги на ширине плеч, руки опущены. Руки вверх - вдох; наклон вперёд - выдох. 5-10 раз.

. Стоя, ноги врозь, руки внизу. Руки к плечам, прогнуться - вдох; положить руки на нижние края грудной клетки (сбоку и немного спереди) и сделать выдох, надавливая руками на ребра. 4-5 раз.

. Стоя, ноги врозь, руки в стороны. Сделав вдох, присесть на носках и наклонить туловище так, чтобы бёдра сдавили грудную клетку (руки при этом можно положить на колени), сделав удлинённый выдох с откашливанием. 5-8 раз.

. Повторить упражнение №5, произнося звук «тру- у- у». 4-6 раз.

. Сидя на стуле, руки к плечам, локти соединены и прижаты к туловищу, голова наклонена вперед. Поднимая локти в стороны и отводя их затем вместе с головой назад, прогнуться и развести ноги в стороны - вдох; вернуться в и.п. - выдох. 6-8 раз.

. Сидя на стуле, руки на поясе. Приподнимая плечи и грудную клетку, вдохнуть; выдыхая, произносить звук «с- с- с», усиливая его в середине выдоха. 5-8 раз.

. Сидя на стуле, руки на поясе. Сделав неглубокий вдох, наклониться вперёд, расслаблено опустить руки, коснувшись ими пола, - полный удлиненный выдох. 5-7 раз.

. Ходьба обычная в медленном темпе. 2-3 минуты. В конце - поднимание и расслабленное опускание рук в темпе спокойного дыхания.

Приложение 3

Точки воздействия точечного массажа







Приложение 4

Техника пользования карманным ингалятором

Встряхнуть ингалятор (чтобы получить однородный по размеру частиц аэрозоль);

cнять защитный колпачок (многие пациенты забывают это делать);

несколько запрокинуть голову назад (чтобы немного распрямить верхние дыхательные пути и обеспечить свободное поступление лекарства в бронхи);

перевернуть ингалятор дном вверх (мундштук должен быть внизу);

сделать полный выдох.

Плотно обхватить мундштук ингалятора губами (чтобы не распылять препарат в воздух).

Начиная делать вдох, нажать на дно ингалятора и глубоко вдохнуть лекарство (сделать только одно нажатие на дно баллончика).

Задержать дыхание на 5-10 секунд (чтобы лекарство осело на стенку бронхов).

Сделать спокойный выдох.

При необходимости повторить манипуляцию.

Приложение 5

Дыхательная разминка и упражнения лечебной физкультуры

Дыхательная разминка выполняется стоя или сидя, главное, чтобы при этом, спина была ровной, а плечи выпрямлены. После каждого упражнения свободно дышим в течении 30 секунд, затем приступаем к следующему:

) Указательными пальцами рук надавливаем на ноздри, создавая преграду для проникновения воздуха. Выполняем вдохи и выдохи в течении 2- 3 минут. Если дышится тяжело, следует ослабить надавливание, если нет дискомфорта - можно немного усилить.

) Сворачиваем губы трубочкой, оставляя для циркуляции воздуха маленькое отверстие. Дышим через него ртом 2- 3 минуты. Нос не подключаем. Для верности можно зажать его пальцами.

) Губы снова делаем трубочкой, медленный вдох. Выдох полноценный - через широко открытый рот. Следующий вдох полноценный, а выдох через губы трубочкой. Чередовать. Повторить 15 раз.

Упражнения. Для выполнения упражнений лечебной физкультуры следует одеться в удобную одежду, не сковывающую движений. Первые 1-3 дня следует выполнять упражнения по 5-7 повторений. Потом можно попробовать увеличить количество до 12-14.

) Положение - лежа на спине, руки вдоль туловища. На вдохе медленно поднимаем руки, опуская их за голову. На выдохе возвращаем руки обратно также в медленном темпе.

) Положение то же, но левая рука вдоль туловища, правая - за головой. Дыхание произвольно, руки меняются местами в быстром темпе.

) Остаемся лежать. Приподнимаем ноги и крутим в воздухе воображаемые педали велосипеда. Это упражнение на выносливость - как только почувствуете усталость или одышку, немедленно прекращайте.

) Положение - лежа на животе, ладони прижаты к полу на уровне груди. На вдохе приподнимаем верхнюю часть туловища, опираясь на руки, и прогибаемся в пояснице. На выдохе - опускаем корпус.

) Лежим на животе, руки вытянуты вдоль туловища. На вдохе пытаемся приподнять голову и плечи насколько это возможно. На выдохе возвращаемся обратно и отдыхаем.

) Продолжаем лежать на животе. Руки вытягиваем как можно дальше вперед за голову и пытаемся тянуться за воображаемым предметом. Дышим при этом произвольно.

) Положение - лежа на левом боку в немного согнутом положении. Правую руку поднимаем вверх на вдохе, выпрямляя при этом позвоночник. На выдохе опускаем руку и сгибаем тело обратно. То же самое, лежа на правом боку.

После таких физических упражнений рекомендуется повторить дыхательную гимнастику <http://house-massage.ru/dyhatelnaya\_gimnastika.html>.

# Приложение 6

Комплекс лечебной гимнастики при бронхите

Дыхательная гимнастика разделяется на три этапа: 1. подготовительный или вводный этап дыхательной гимнастики при бронхите; 2. основной комплекс; 3. завершающий этап дыхательной гимнастики.

Дыхательная гимнастика при бронхите: подготовительный комплекс упражнений

. В начале комплекса дыхательной гимнастики делается вдохов и выдохов (носом) пятнадцать раз. Затем, столько же вдохов и выдохов (ртом). Выполняются эти упражнения комплекса три раза, с передышкой в пять секунд.

. Спокойный вдох и выдох ртом. Если, начался кашель вовремя дыхательной гимнастики, то необходимо сделать следующее: . опустить голову, расслабить мышцы шеи;. руки сложить на животе так, чтобы пупок находился между ладонями; c. надавить руками на живот, кашлять в пол. Так быстрее отойдёт мокрота.

Дыхательная гимнастика при бронхите: основной комплекс упражнений

. Встать прямо, руки поднять вверх и потянуться, встав на носочки. Вдох (носом) глубокий. Опустить руки - выдох ртом, произнося - «у- у- у». Комплекс дыхательной гимнастики при бронхите выполняется пять раз.

. Шаг на месте (не спеша) две минуты. Руки поднимаются и разводятся в стороны, в ритм шага - вдох носом. Руки опускаются - сильный выдох со звуком - «у- у- у».

. Поза лотоса. Сжать руки в кулак, вытянуть вверх. Медленный выдох ртом со звуком - «х- х- х». Повторить шесть раз.

. Сидя на полу. Согнуть ноги и вытянуть их вперёд. Руки вытянуть в разные стороны - вдох ртом. На выдохе руки опустить вниз, произнося, не размыкая губ - «ф- ф- ф».

. Стоя, ноги разведены. Поочерёдно выполнять взмахи руками вперёд и назад. Вдохи ртом - частые. Выдохи - носом.

. Стоя, ноги вместе. Поднять одну руку, вторая отводится в сторону. Вдох - носом. Меняем положение рук - медленный и длинный выдох.

Дыхательная гимнастика при бронхите: завершающий комплекс упражнений:

Стоя, ноги вместе, руки опущены вниз, нужно медленно наклониться в сторону - вдох носом. Затем встать на исходное положение. Наклониться в другую сторону - медленный и спокойный выдох через рот. Выполняется комплекс дыхательной гимнастики шесть раз в каждую сторону. Вот такие несложные упражнения при бронхите необходимо выполнять в течение нескольких недель.

# Приложение 7

Анкета среди медицинских сестер, для определения уровня компетенции в реабилитационных мероприятий

. Нравится ли вам ваша профессия? (да, нет)

. Знаете ли вы, что такое ЗОЖ? (да, нет)

. Ведете ли вы ЗОЖ? (да, нет)

. Закаливаетесь ли вы? (Да, нет)

. Знаете ли вы, что в вашу профессиональную деятельность входят обязанности по проведению профилактических мероприятий среди пациентов? (да, нет)

. Как часто вы проводите профилактические мероприятия? (не провожу, 1 раз в неделю, 1 раз в месяц, другой вариант ответа)

. Знаете ли вы о медицинской реабилитации пациентов? (да, нет)

. Обучаете ли вы пациентов методам реабилитации? (да, нет)

. Владеете ли вы основами массажа? (да, нет)

. Владеете ли вы основами лфк? (да, нет)

. Даете ли вы рекомендации пациентам и их родственникам по методам восстановления здоровья? (да, нет)

. Учитываете ли вы потребности и желания пациентов при уходе за ними? (да, нет)

. Как вы понимаете, усвоены ли пациентами проведенные с ними реабилитационные мероприятия и как это повлияло на их здоровье? (улучшение в динамике их состояния, повторяют уже самостоятельно данные им методы, никак не понимаю)

. Как вы оцениваете эффективность вашей реабилитационной деятельности? (удовлетворительно, хорошо, отлично)

. Что по Вашему мнению негативно отражается на вашем желании эффективно работать? (нужное подчеркнуть) большие физические и эмоциональные нагрузки, низкая оплата труда, плохо приспособленное рабочее место, однообразный труд)

Приложение 8

Анкета среди пациентов, для оценки эффективности деятельности медицинских сестер в реабилитации

. Как давно считаете себя больным с хроническим бронхитом? (10 - 20 лет, 20- 40 лет)

. Что по-вашему понимаю означает здоровый образ жизни? (не знаю, когда нет вредных привычек)

. Ведете ли вы здоровый образ жизни?

Если да, то какие методы вы используете?

. Ваши вредные привычки? (нет, курение, алкоголь, бытовые привычки и др.)

. Сколько раз за год вы проходите стационарное лечение? (1, 2, 3, 4)

. После пройденного курса лечения, вам становится лучше? (Да, нет, частично)

. Находясь на стационарном лечение с вами проводят профилактические мероприятия? (беседы, дают ли вам какие-либо советы)

. Дают ли вам рекомендации по восстановлению здоровья? (да, нет)

. Знаете ли вы о дыхательной гимнастике? (да, нет, что- то слышал(а))

. Обучают ли вас дыхательной гимнастике? (да, нет)

. Обучают ли вас, самомассажу? (да, нет)

. Применяете ли вы данные вам методы по восстановлению здоровья?

(да, нет, не знаю о них)

. Как считаете, данные вам советы помогают? (да, нет, не знаю, советов не давали)

. Довольны ли вы: общением, уходом, лечением в стационаре? (да, нет, частично)

. Оцените эффективность работы медицинского персонала: хорошее, удовлетворительное, плохое?