

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**УЛУЧШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ,
ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ БРОНХИТАМИ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051502
Ефременко Валерии Андреевны**

Научный руководитель
преподаватель Абрамова Е.В.

Рецензент
главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Инфекционная клиническая
больница им. Е.Н. Павловского»
.....

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ БРОНХИТАМИ.....	6
1.1. Особенности качества жизни пациентов с хроническими бронхитами	
1.2. Этиология, патогенез и факторы риска развития хронического бронхита	8
1.3. Участие среднего медицинского персонала в диагностике заболеваний хроническим бронхитом.....	9
1.4. Основные направления лечения	13
1.5. Роль медицинской сестры в реализации способов и методов улучшения качества жизни пациентов с хроническими бронхитами	15
2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХИТАМИ	25
2.1. Организационная характеристика отделения №5 ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница им.Е.Н.Павловского» г.Белгорода	25
2.2. Анализ качества жизни пациентов с хроническими бронхитами.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	39
ПРИЛОЖЕНИЕ	40

ВВЕДЕНИЕ

Хронический бронхит представляет собой существенную проблему, как для населения, так и для медицинских работников. С каждым годом наблюдается увеличение численности заболевшего населения и снижение численности рабочего населения, что сказывается на развитии экономической ситуации региона. Распространённость данного заболевания прослеживается не только в России, но и во всем мире. Это обусловлено загрязнением атмосферы, вредными привычками, (в основном, табакокурение), аллергизацией населения, работой на вредном производстве. В Российской Федерации с каждым годом увеличиваются случаи заболеваемости хроническими бронхитами. Хроническое поражение бронхов распределяется среди населения следующим образом: в 1980 году среди жителей городского населения варьируется в пределах от 6 до 7%, среди сельского – 1 – 2 %. К 2010 году заболеваемость среди сельского населения составила 6 – 7%, в то же время среди городского - 11 – 14%. На основе приведённых данных можно заметить ежегодное увеличение заболеваемости бронхитами как в России, так и в мире на 10 – 12 %. Летальные исходы от присоединившейся инфекции и возникших осложнений приравнивается к числу смертности от онкологии.

Актуальность работы. От качества оказываемой медицинской помощи напрямую зависит уровень качества жизни пациентов. Для того, чтобы осуществить правильный уход, медицинской сестре необходимо постоянно повышать свои профессиональные навыки.

Цель работы: изучить работу медицинской сестры по улучшению качества жизни пациентов, часто болеющих бронхитами.

Задачи:

1. Изучить содержимое литературы и интернет – источников по данному вопросу.
2. Проанализировать деятельность медицинской сестры в стационаре среди лиц взрослого и пожилого возраста.

3. Изучить приоритетные и потенциальные проблемы пациентов при хроническом бронхите и найти методы их улучшения.

4. Разработать рекомендации для населения по снижению заболеваемости хроническими бронхитами.

5. Акцентировать внимание на профилактических моментах в процессе трудовой деятельности медицинской сестры.

Объект исследования: пациенты 5 отделения поста № 1 «Воздушно-капельные инфекции» ОГБУЗ «Инфекционной клинической больницы имени Е.Н. Павловского» города Белгород.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры по улучшению качества жизни пациентов, часто болеющих бронхитами, находящихся на лечении в условиях стационара.

Методы исследования:

- 1) Теоретический (изучение литературы по данному вопросу).
- 2) Практический (изучение деятельности медицинской сестры в условиях ЛПУ).
- 3) Социальный опрос в виде анкетирования.

Работа состоит из введения, 2 глав (практической и теоретической), проведения анкетирования, заключения, списка литературы и приложения.

Теоретическая значимость работы состоит в выявлении общих принципов в работе медицинской сестры по улучшению качества жизни пациентов, часто болеющих бронхитами в условиях стационара.

Практическая значимость заключается в определении эффективности деятельности медицинской сестры по улучшению качества жизни пациентов с хроническими бронхитами и разработке рекомендаций по совершенствованию ухода за такими пациентами.

Гипотеза. Качественный сестринский уход при хроническом бронхите позволит увеличить продолжительность жизни пациентов и снизить частоту осложнений и инвалидности от данной патологии.

Ключевые слова в дипломной работе: хронический бронхит, качество жизни пациента в медицинском аспекте, понятие улучшения качества жизни и методы улучшения качества жизни.

Задача повышения качества оказываемой медицинской помощи актуальна для здравоохранения всех стран мира, так как оказание помощи ненадлежащего качества приводит к развитию осложнений и смерти от них, снижению трудоспособности и нерациональному растрачиванию средств из государственной казны, выделяемых для развития сферы здравоохранения.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ БРОНХИТАМИ

1.1. Особенности качества жизни пациентов с хроническими бронхитами

В статье 2 пункта 21 Федерального закона № 323 от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» даётся определение качеству оказываемой медицинской помощи как совокупности «характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выборов методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата».

В настоящее время сестринский процесс является основой сестринского дела и формирует концептуальную научную базу сестринской помощи. При реализации этой модели достигается конечная цель – повышение качества медицинской помощи, и как следствие повышение качества жизни пациента.

Качество жизни в медицинском аспекте — это степень восприятия людьми различных характеристик факторов в разных сферах своей жизни (психологические, физиологические, социальные и духовные) и способы улучшения этих характеристик.

Улучшение качества жизни – это методы, позволяющие пациенту чувствовать себя удовлетворённым во всех сферах жизни (духовные, физиологические, психологические и социальные) и обеспечивающие выход пациента на более качественный уровень жизни.

Характерными общими признаками течения клиники хронического бронхита являются высокая степень воздушности бронхолёгочной ткани, гипертензия малого круга кровообращения и наличие хронической дыхательной и сердечной недостаточности.

Индивидуальные признаки заболевания у пациента можно выявить, узнав о выраженности, степени и распространённости воспалительного процесса. В большинстве случаев больные жалуются на кашель, одышку и отхождение мокроты и значительно реже проявляются признаки гипертермии и кровохарканья.

Обострение хронического бронхита носит сезонный характер, чаще всего развивается в холодное и сырое время года и продолжается от 3 до 4 недель. Для периода обострения характерно усиление выше перечисленных симптомов и появление симптомов интоксикации.

В случае высокой температуры и других изменений в крови следует задуматься о возможном присоединении инфекции.

Обструктивный бронхит проявляется цианозом, увеличением одышки (при физической нагрузке и переходе из тепла в холод), отделением небольшого количества мокроты после приступообразного мучительного кашля, удлинением фазы выдоха и возникновением свистящих сухих хрипов на форсированном выдохе.

Наличие обструкции приводит к таким осложнениям, как развитие лёгочного сердца, хроническая дыхательная недостаточность и эмфизема.

Начало острого бронхита обычно проявляется симптомами ОРВИ, через 2 – 3 дня присоединяются кашель и отхождение мокроты, уходят симптомы интоксикации и пациент чувствует себя немного лучше.

Упорная лихорадка и появление гнойной мокроты указывают на возможное присоединение бактериальной инфекции. В пожилом возрасте, особенно у ослабленных больных, процесс может распространяться вплоть до бронхиол, что ведет к резкому ухудшению общего состояния. Развивается интоксикация, больные адинамичны, выраженная тахикардия, гипотония, нарушение функции внешнего дыхания, присоединяется или усиливается сердечная недостаточность. У пожилых пациентов нередко острый бронхит осложняется пневмонией.

1.2. Этиология, патогенез и факторы риска развития хронического бронхита

Факторами риска развития данного заболевания являются табакокурение, загрязнение окружающей среды, наследственность, инфекционные возбудители и профессиональные вредности.

В значительной степени хронический бронхит характерен для представителей мужского пола в возрастной категории от 38 до 40 лет. Причинами развития данного заболевания являются: наследственность, загрязнение окружающей среды, трудовая деятельность с наличием профессиональных вредностей и злоупотребление курением. Женщины могут подвергнуться этому заболеванию в результате снижения защитных сил организма. Новорожденные дети болеют очень редко и предпосылками к этому могут быть неправильное развитие органов дыхания, недоношенность и аллергические реакции, дети дошкольного и младшего школьного возраста могут заболеть вследствие воздействия различных возбудителей и требуют круглосуточного стационарного наблюдения и ухода, среди подростков данное заболевание может быть вызвано переохлаждением и присутствием вредных привычек, чаще всего, проходит по типу необструктивного бронхита и не грозит жизни, но тем не менее требует комплексного и ответственного подхода к процессу лечения. Лица пожилого и старческого возраста могут подвергнуться данному заболеванию вследствие воздействия вирусных и других патогенных возбудителей и при этом течение бронхиальной патологии осложняется наличием сопутствующих патологий, таких как, гипертония, гиподинамия и другие заболевания сердечно сосудистой системы.

Если к основному заболеванию присоединилась инфекция, то течение заболевания усложняется и развивается воспалительный процесс.

Рецидивы возможны только в случае не долеченной патологии. Часто возникающие рецидивы могут спровоцировать такие осложнения, как пневмокониозы и бронхоэктазы.

В основе патогенеза лежит снижение защитных сил человеческого организма к пагубным условиям окружающей среды факторов внешней среды. В патогенезе хронического бронхита основную роль также играет нарушение секреторной, очистительной и защитной функций слизистой оболочки бронхов. Нарушение этой функции приводит к развитию заболеваний и осложнений. Токсическое воздействие различных веществ на организм приводит к развитию гипертрофии стенок органа и возникающий как защитный акт кашель является предвестником начала заболевания. [2,с.501-502].

В большинстве случаев хронический бронхит протекает у людей по обструктивному типу, что сопровождается эпителиальными изменениями в самом органе и приводит к полному сращению стенок бронхов и падению давления в бронхах в результате снижения эластичности ткани органа.

Протекающий по данному типу обструктивный бронхит приводит к развитию такого осложнения, как хроническая дыхательная недостаточность.

Рецидивы случаются из – за постоянного открытого очага инфекции в органе.

1.3. Участие среднего медицинского персонала в диагностике заболеваний хроническим бронхитом

Правильная организация лабораторного обследования пациента – обязательная составная часть единого процесса оказания качественной медицинской помощи.

Несмотря на значительные изменения в деятельности лабораторий, большинство специалистов среднего звена оказания медицинской помощи до сих пор рассматривают лабораторию как «черный ящик», куда они направляют заявки и пробы биоматериала и откуда выходят результаты анализов. По-прежнему бытует представление, что медицинские сестры не оказывают никакого влияния на качество обследования пациентов и результатов обследований.

Вместе с тем существует ряд факторов (подготовка пациентов к исследованиям, методика взятия проб крови и сбора биоматериала, их правильная и своевременная доставка в лабораторию), которые могут оказывать существенное влияние на качество результатов анализов, целиком находясь в компетенции среднего медицинского персонала. Однако в силу сложившегося стереотипа мышления сами медицинские сестры не придают большого значения влиянию этих фактов. Вместе с тем без глубокого понимания их важной роли в обеспечении качества результатов анализов невозможно улучшить качество диагностики и лечения больных.

Получение эффективных результатов лабораторных анализов больного – это единый процесс, начиная от составления заявки на анализы, взятия биоматериала, его доставки, проведения исследований и заканчивая получением и использованием результатов для оказания пациенту необходимой медицинской помощи. Качество этого процесса должно обеспечиваться совместными усилиями врачей, среднего медицинского персонала и специалистов лаборатории.

Специалисты лечебных отделений – это не только простые получатели лабораторной информации, но и заинтересованные участники единого процесса. Их деятельность по рациональному составлению заявок на анализы, подготовке пациента к исследованию, правильному взятию и своевременной доставке биоматериала в лабораторию, практическому использованию результатов для обоснования диагноза, выбора целей лечения пациента во многом определяют современное понимание качества результатов исследований. Без получения действенных результатов анализов невозможно организовать правильное ведение больных.

В перечень диагностических манипуляций, выполняемых средним медицинским персоналом входят:

- 1) Общий анализ крови - возможны небольшой нейтрофильный лейкоцитоз и умеренное увеличение СОЭ.

К подготовке пациента к проведению анализа ОАК предъявляют следующие требования:

1. Медицинская сестра представляется пациенту, объясняет ему суть и ход процедуры и получает согласие на её выполнение. В случае отказа от проведения данной процедуры медсестра обращается к лечащему врачу.

2. Затем пациенту даются следующие рекомендации: кровь сдаётся на голодный желудок, перед сдачей крови необходимо воздержаться от употребления алкоголя и сигарет и после сдачи крови избегать физических нагрузок.

3. Взять кровь по определённой схеме и доставить её в лабораторию.

4. Спросить у пациента о его самочувствии.

5. Сделать запись о выполненной процедуре в соответствующую медицинскую документацию.

2) Макроскопический анализ мокроты - если к воспалительным процессам в бронхах присоединились бактерии, то слизь может быть окрашена в коричневый, жёлтый или зеленоватый цвет, густая и вязкая консистенция выделений говорит об острой форме заболевания, превышение показателей нормы лейкоцитов говорит о нарастающем воспалении, вызванном бактериями или вирусом, если в слизи выявлено повышенное содержание эозинофилов, это говорит об аллергической природе бронхита, частицы эластичных волокон свидетельствуют о течении опасных процессов в бронхах, среди которых гангрена и рак, появление крови в слизи при высоком уровне эритроцитов говорит о кровотечениях.

Медсестра должна проинформировать пациента о необходимости проведения данной процедуры и обеспечить пациента необходимым оснащением.

Медсестра должна объяснить пациенту, что мокрота — это патологический секрет, образующийся в трахеобронхиальном дереве и выделяемый при кашле.

Самый точный анализ получается тогда, когда мокроту исследуют бронхоскопически (тогда в неё не попадает содержимое ротовой полости и носоглотки).

Медсестра перед данным обследованием даёт пациенту необходимую инструкцию и спрашивает у него, насколько он её понял.

Эта инструкция состоит из следующих рекомендаций:

1. Мокрота собирается в сухую чистую ёмкость с завинчивающейся крышкой и хранится в холодильнике до отправки в лабораторию.
2. Мокроту нужно собирать только при акте кашля.
3. После сбора мокроты пациент должен прополоскать рот чистой кипячёной водой и пойти в палату отдыхать.

Если мокрота отходит плохо, то перед проведением обследования медсестра должна дать пациенту разжижающие мокроту препараты (трипсин и хемотрипсин).

После проведённой процедуры медсестра заносит отметку о её выполнении в соответствующую медицинскую документацию.

3) Бактериологическое исследование мокроты позволяет выявить инфекционных возбудителей и их устойчивость к различным препаратам.

Достоверный результат данного обследования можно получить только путём взятия смывов из бронхов.

Действия медицинской сестры при подготовке пациента к данному исследованию:

1. Медсестра должна представиться пациенту, рассказать о цели и ходе предстоящей процедуры и получить согласие

2. Медицинская сестра информирует пациента о том, что мокроту необходимо собирать только при кашле.

3. Медсестра рассказывает пациенту о необходимости соблюдения личной гигиены до и после проведения данной процедуры и следит за её выполнением.

4. Медсестра перед проведением процедуры обрабатывает руки гигиеническим способом, надевает стерильную одежду и приступает к выполнению манипуляции.

Алгоритм выполнения процедуры:

Медицинская сестра открывает крышку банки, просит пациента откашляться, говорить о том, что нужно собрать от 3 до 5 мм мокроты, подаёт ему со спины банку и по окончании процедуры закрывает её крышкой.

Окончание процедуры:

Медицинская сестра снимает с себя защитную одежду, спрашивает о самочувствии пациента, провожает его до палаты, делает запись о выполненной манипуляции в соответствующий медицинский журнал и доставляет мокроту в лабораторию в специальном герметичном контейнере не позднее 1- 1,5 часов после её сбора.

Биохимические показатели показывают степень выраженности патологического процесса. Особых признаков в крови, свидетельствующих о наличии заболевания, может не быть. Изменениями в крови могут только служить небольшое увеличение СОЭ и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Бронхоскопический метод исследования позволяет выявить места локализации воспалительного процесса и степень его выраженности.

Метод исследования путём проведения измерением ФВД (функция внешнего дыхания) и спирографии поможет определить тип бронхита (обструктивный или необструктивный).

1.4. Основные направления лечения

Лечение больных ХБ должно начинаться на возможно более ранней стадии. Важно устранить все факторы, обуславливающие раздражение слизистой оболочки бронхов (курение, неподходящие условия труда, климатическая зона и т. д.). Лечебные мероприятия в первую очередь должны быть направлены на ликвидацию воспалительного процесса и респираторной

инфекции, гипосенсибилизацию, коррекцию вторичных иммунодефицитных состояний и сниженной неспецифической резистентности организма, улучшение бронхиальной проходимости, коррекцию гипоксии.

Необходимо санировать хронические очаги назофарингеальной инфекции, обеспечить свободное дыхание через нос.

Воспалительный процесс купируется нестероидными противовоспалительными средствами (аспирином, ибупрофеном, реопирином и др.).

При обострении ХБ с отделением гнойной мокроты следует назначать антибактериальные препараты, эффективные прежде всего в отношении палочки инфлюэнцы, пневмококка и грамотрицательных микробов. В случае легкого обострения с отделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты можно применять сульфаниламидные препараты длительного действия (сульфадиметоксин, сульфацилзол по 0,5-1 г один раз в сутки, сульфален - 0,2 г один раз в сутки). Больным с небольшой длительностью заболевания, не лечившимся ранее разнообразными антибиотиками, показано внутримышечное введение бензилпенициллина по 300-500 тыс. ЕД 4-6 раз в сутки. Больным с выраженными признаками воспалительного процесса антибиотики назначаются с учетом чувствительности микрофлоры. Правильность выбора препарата подтверждается результатом лечения. Чаще всего назначаются полусинтетические пенициллины (ампициллин, ампиокс, диклоксациллин и др.), аминогликозиды (гентамицин), цефалоспорины (кефзол, клафоран и др.), тетрациклины пролонгированного действия (вибрамицин), макролиды (эритромицин), левомицетин и др. Курс лечения - 2 нед, иногда больше (до 20 дней).

Для восстановления бронхиальной проходимости назначаются селективные стимуляторы β_2 -адренергических рецепторов (беротек, бриканил, сальбутамол), блокаторы ацетилхолина (атровент), препараты метилксантина (эуфиллин, теофиллины длительного действия - теопэк, дурофилин и др.),

блокаторы каналов тока кальция (коринфар). Эффективны препараты комбинированного действия - теофедрин, солутан, беродуал и др.

Лучшему отхождению мокроты способствуют отхаркивающие средства (настои термопсиса, мать-и-мачехи, багульника, чабреца, подорожника, отвар алтейного корня, 3 % раствор йодида калия и др.), ингаляции щелочных растворов, обильное горячее питье, прием щелочных минеральных вод.

Для разжижения мокроты с успехом используются также муколитические средства: 10 % раствор ацетилцистеина по 2 мл внутримышечно или в виде ингаляций аэрозоля 3 раза в день, бромгексип (бисольвон) внутрь, парентерально или в виде ингаляций аэрозоля по 4-7 мг 2-3 раза в день.

Лекарственное лечение проводится согласно назначению врача. Для лечения используются следующие препараты: при высокой температуре – жаропонижающие при сухом кашле – бромгексин и муколитики, при кашле с мокротой – отхаркивающие и при одышке – бронхолитики. Если температура незначительная и слизистая мокрота отсутствует, то лечение антибиотиками не проводится.

1.5. Роль медицинской сестры в реализации способов и методов улучшения качества жизни пациентов с хроническими бронхитами

Для улучшения качества жизни больных, часто страдающих бронхитами, важную роль играет квалифицированное осуществление сестринских медицинских манипуляций, а так же правильный сестринский уход. При этом под манипуляциями подразумеваются выполнение инъекций, физиопроцедуры и лечебная физкультура, подготовка к ним и проведение. Сестринский уход важен при острых состояниях, сопровождающихся повышением температуры тела. Медицинская сестра осуществляет уход в условиях стационара и даёт рекомендации для выполнения их дома. Рекомендации носят обучающий характер. Терапевтическое обучение приводит к улучшению качества и продолжительности жизни пациентов с хроническими заболеваниями,

повышает качество ухода, снижает расходы на лечение в медицинской организации. Терапевтическое обучение больных – это комплекс важных действий, призванных помочь больному управлять своим лечением и предотвратить или отсрочить развитие возможных отклонений. Такие действия дают дополнительный терапевтический эффект наряду с фармакологическими, физиотерапевтическими и другими лечебными мероприятиями.

Сначала рассмотрим оказание сестринской помощи в стадии ремиссии. Помощь заключается в освобождении бронхов от мокроты. То, насколько правильно медсестра разъяснит пациенту суть, необходимость, последовательность назначенных врачом процедур, зависит состояние больного и скорость его выздоровления. Донести информацию она может в форме беседы, показа информационного фильма, презентации с яркими наглядными пособиями.

В период ремиссии проводят позиционный дренаж, постуральный дренаж, лечебную физкультуру и ингаляции:

1. Позиционный дренаж облегчает отхождение мокроты и способствует скорейшему выздоровлению. Главная цель дренажа — найти такое положение тела, при котором мокрота легко бы отделялась. Медицинская сестра разъясняет пациенту последовательность выполнения процедуры. Её слова содержат следующие рекомендации: для правильного выполнения манипуляции надо лечь на спину без подушки и медленно поворачиваться с одного бока на другой, то есть как бы вокруг своей оси. Старайтесь при этом дышать так, чтобы активно работали мышцы живота: вдыхайте через нос; выдыхайте через рот, напрягая и втягивая при этом живот и надавливая руками с боков на грудную клетку. Покашливая, сделайте 8-10 таких вдохов и выдохов, затем отдохните. Повернитесь вначале на 45 градусов; остановившись, сделайте 8-10 глубоких вдохов и усиленных выдохов, провоцирующих кашель. Если кашель начался, задержитесь в этом положении на 10-15 минут и как следует откашляйтесь. Повернитесь из этого положения еще на 45 градусов и снова вдыхайте через нос и усиленно выдыхайте через рот, стремясь вызвать кашель.

Продолжая вращение, запомните положения, при которых мокрота хорошо отходит.

Если воспалительный процесс развился в нижних отделах легких, дренаж обычно эффективен в положении лежа на животе. Под живот подложите подушку, чтобы усилить давление на диафрагму; ножной край кровати должен быть приподнят на 25 градусов.

Затем лягте на здоровый бок, под грудную клетку подложите подушку

Следующий этап: повернитесь на спину, ноги полусогнуты, ножной край кровати приподнят на 15 градусов.

В одном из этих положений надо лежать 10-15 минут и, если появляется кашель, по возможности как следует откашляться.

При наличии воспалительного процесса в средних отделах легкого, отделение мокроты улучшается в коленно-локтевом положении: подушка под животом, ноги и руки слегка согнуты.

Эффективно и такое положение: лечь на бок, согнув ноги в коленях и повернув голову набок; ножной край кровати приподнят на 15 градусов.

Верхние доли легкого хорошо очищаются, если сесть, положив на бедра и живот подушку, и, наклоняя голову, достать руками пальцы стоп.

Рекомендуется также сидя, подложив подушку за спину, доставать руками пальцы стоп.

Позиционный дренаж в положениях, способствующих наилучшему отхождению мокроты, можно делать 3-4 раза в сутки. Если такой возможности нет, то лучше утром сразу же после пробуждения и вечером, за полчаса до сна.

2. Постуральный дренаж.

Роль медицинской сестры в проведении процедуры постурального дренажа заключается в помощи врачу. Показаниями к манипуляции служат: двухстороннее воспаление легких крупозного типа с явными признаками инфекционного поражения бронхов; продолжительный спазм бронхиального просвета по астматическому типу, вследствие которого в нижней части легких

наблюдается недостаточный уровень вентилирования и начинается скопление жидкости; хронический бронхит.

При подготовке к процедуре медсестра даёт пациенту разжижающие мокроту препараты и щелочное питьё. Затем пациенту делают разогревающий массаж грудной клетки, это приводит к увеличению кровотока в органах и способствует достижению наибольшего терапевтического эффекта.

Метод дренирования бронхов выполняется с соблюдением следующих правил:

- Больной укладывается на кровать или кушетку с твердой поверхностью.

Процедура не принесет абсолютно никакого терапевтического эффекта, если грудная клетка пациента будет проваливаться вовнутрь на мягкой постели.

- Независимо от того, на спине, животе или боку лежит больной, голова его должна быть наклонена и смещена ближе к корпусу. Идеальным вариантом будет, если человек сможет касаться кончиком подбородка к грудной клетке.

- Врач смазывает руки кремом или массажным маслом и начинает манипуляции в виде обработки участков грудины, внутри которой сконцентрирована мокрота или жидкостное формирование. Техника лечебного дренирования состоит из хлопков по поверхности спины и грудины, массажа позвоночных отростков с обеих сторон, интенсивного воздействия на ребра, расположенные в нижней части грудной клетки.

В конце проведения данной процедуры необходимо поинтересоваться о самочувствии пациента и занести информацию о проведении данной манипуляции в соответствующую медицинскую документацию.

3. Основным методом лечебной физкультуры у больных хронических бронхитов является лечебная «экспираторная» гимнастика. В комплексе «экспираторной» гимнастики используются динамические дыхательные упражнения, акцентированные на выдохе. Медицинская сестра обучает пациентов приемам и правилам выполнения гимнастики, рассказывает, что при хроническом бронхите наблюдается довольно продолжительное нарушение функционирования органов дыхательной системы, а экспираторная гимнастика

способствует выработке и закреплению навыка удлиненного выдоха путем развития силы вспомогательных и основных мышц, участвующих в выдохе.

При этом обращает внимание, что основной задачей данного вида лечебной физкультуры при хроническом бронхите является ликвидация воспалительного процесса в органе и близлежащих к нему тканей. Суть проведения такой гимнастики – это укрепление дыхательной мускулатуры и помощь в отхождении мокроты.

4. Весьма эффективны при хронических бронхитах ингаляции с беродуалом:

Медицинская сестра даёт пациентам рекомендации для применения их в домашних условиях. Удобнее использовать небулайзер с маской. Как только началась подача лекарственного состава, следует сделать глубокий вдох ртом – как можно медленнее – и задержать дыхание на 2 секунды. После этого производят обычный выдох носом. Дыхание должно идти в ровном темпе и не вызывать неприятных ощущений. В том случае, если больной жалуется на недостаток воздуха, процедуру либо отменяют, либо разрешают увеличить темп дыхания; это делается на усмотрение врача. В течение дня проводят максимум 3 ингаляции. Длительность терапии определяется исключительно врачом. Обычно пациентов интересует время проведения ингаляции и соблюдение режима во время курса лечения. В обязанности медицинской сестры входит разъяснение всех нюансов осуществления манипуляций. «До или после еды проводится ингаляция – значения не имеет, так как препарат при введении в организм проникает в дыхательную систему и никоим образом не затрагивает желудочно-кишечный тракт. Сразу после проведения ингаляции в холодное время года не следует выходить из помещения на протяжении 30 минут. Когда температура на улице выше +15 градусов – покидать помещение можно сразу. В период лечения категорически запрещено как активное курение, так и пассивное (вдыхание дыма от сигарет, которые курят другие)».

Уход за пациентом при лихорадке:

Обострение хронического бронхита характеризуется повышением температуры тела. В период лихорадки значительную роль играет квалифицированный сестринский уход. Гипертермическая реакция у пациентов протекает в 3 периода:

1-ый этап – «подъём температуры тела (период озноба): теплопродукция преобладает над теплоотдачей. Теплоотдача снижена за счет сужения кожных кровеносных сосудов. Пациент ощущает слабость, недомогание, головную и мышечную боли, возникает «ломота» во всем теле (симптомы общей интоксикации). Повышение температуры тела и спазм периферических сосудов вызывают у пациента озноб и дрожь, он не может согреться. Пациент бледен, кожа холодная на ощупь.

Сестринские вмешательства:

- уложить в постель, создать покой;
- согреть пациента грелками, теплым одеялом, горячим питьём (чай или молоко с медом, травяные сборы);
- наблюдать за внешним состоянием пациента, проводить термометрию, контролировать физиологические показатели - пульс, АД, ЧДД.

2-ой период - относительное постоянство высокой температуры тела (период жара, стабилизация лихорадочного состояния). Продолжительность от нескольких часов до нескольких дней. Сосуды кожи расширены, теплоотдача возрастает и уравнивает повышенную теплопродукцию. Прекращение дальнейшего повышения температуры тела, её стабилизация.

Пациента мучает жар, беспокоит головная боль, появляется слабость, наблюдаются снижение аппетита, сухость во рту, жажда. Объективно: гиперемия лица, кожа горячая на ощупь, трещины на губах. При высокой температуре возможны нарушения сознания, галлюцинации, бред.

Сестринские вмешательства:

- следить за соблюдением пациентом строго постельного режима (индивидуальный сестринский пост);

- для усиления теплоотдачи накрыть пациента легкой простыней, протирать кожи раствором уксуса или спирта, подавать пузырь со льдом, осуществлять постановку холодного компресса;
- смягчить губы косметическим средством;
- обеспечить витаминизированным питьём не менее 1,5-2 литров (чай с лимоном, соки, морсы, минеральные воды, настой шиповника);
- кормить жидкой, полужидкой и легко усвояемой пищей, небольшими порциями 5-6 раз в день (диетический стол № 13);
- контроль температуры тела, пульса, АД, ЧДД;
- контроль физиологических отпавлений (особенно за диурезом - количество выделенной мочи);
- оценка поведенческой реакции.

3-ий период - снижение температуры тела (период слабости, потливости). Теплопродукция уменьшена по сравнению с теплоотдачей. Период протекает по-разному: благоприятно и неблагоприятно. Под благоприятным и неблагоприятным течением подразумевается кризис (критическое снижение температуры до нормальных физиологических цифр) и лизис (постепенное снижение температурных показателей).

Уход за взрослыми людьми:

Необходимо регулярное проветривание помещения, в котором находится больной. Медицинская сестра следит за качеством воздуха в палате. Вблизи пациента не должно возникать резких запахов, которые могут спровоцировать приступ кашля. Регулярно проводите комплексы дыхательной гимнастики, несколько раз в сутки с надуванием воздушных шариков, делайте массаж грудной клетки, меняйте положение тела в кровати. Обращайте внимание на мокроту, ее количество, цвет, запах, изменение в ее характере, например, наличие крови, чтобы вовремя поставить в известность врача.

Учитывая эпидемический характер распространения заболевания в настоящее время, обращайтесь внимание на незначительные жалобы, как ночная

потливость, немотивированный подъём температуры до субфебрильных цифр, чаще в первой половине дня, похудание, слабость, плохой аппетит.

Лечебное питание способствует дезинтоксикации организма, более быстрому лечению воспаления, повышает иммунитет, поддерживает работоспособность сердца и сосудов, а также разгружает пищеварительную систему. «Больному хроническим бронхитом обычно нет надобности менять свой привычный режим питания и ограничивать себя в любимых блюдах. Однако в периоды обострения болезни все же лучше отказаться от острых приправ и солений. Нужно в больших количествах употреблять продукты, содержащие белок (сметана, сыр, творог) и вареное мясо, так как организм при заболевании теряет много белков. Для быстрого восстановления защитных функций слизистых оболочек воздухоносных путей необходимо в больших количествах употреблять витамины А и С. При недостатке в организме витамина А слизистые оболочки рта и дыхательных путей становятся сухими, наблюдается усиленное слущивание эпителия, что приводит к созданию благоприятных условий для размножения бактерий. Витамин А содержится в моркови, абрикосах, сливочном масле и яичном желтке. Так как во время болезни организм теряет витамины и от этого нарушается функционирование желудочно-кишечного тракта, то необходимо употреблять много овощей и фруктов».

Сестринский диагноз: кашель, общая слабость, лихорадка, тахикардия. План сестринских вмешательств: наблюдение и уход за больным, подготовка больного к дополнительным исследованиям, своевременное выполнение врачебных назначений по лечению больного.

Реализация плана сестринских вмешательств: осуществление ухода за больным: проветривание, и влажная уборка помещения, контроль пульса, АД, числа дыханий, физиологических отпавлений, кормление больного, постановка банок, горчичников.

В своей профессиональной деятельности медицинская сестра учитывает уровень психологического комфорта больных, страдающих хроническим

бронхитом. В ходе беседы с пациентами выявляются психологические проблемы:

- дефицит знаний о заболевании, недооценивание тяжести своего состояния, здесь важно обеспечить пациента необходимой литературой по данному заболеванию. Уделять достаточно времени для обсуждения проблем пациента ежедневно, акцентируя его внимание на современных средствах лечения. Обеспечить психологическую поддержку со стороны семьи. Поощрять родственников навещать его и проинформировать о должном поведении. Обеспечить консультацию психолога (психотерапевта). Обеспечить приём седативных препаратов по назначению врача.

Недоверие к медицинскому персоналу возникает в случае несоблюдения медицинской сестрой общего вида (например, медсестра ходит с распущенными волосами, с наращёнными или ярко покрашенными ногтями), у пациента может возникнуть осознание временно утраченной яркости и полноценности жизни и даже может затаить на неё обиду на почве того, что медсестра ходит так, как временно ограничено ему. Важными моментами в профессиональной деятельности медицинской сестры являются опрятность внешнего вида и уровень культуры речи. Именно по этим показателям у пациента и его родственников складывается мнение о самом лечебном учреждении и о его сотрудниках.

У пациента нарушены следующие потребности: дышать, питаться, выделять и спать.

Способы восстановления нарушенных потребностей:

1. Дыхание (проявление одышки):

- помочь пациенту принять удобное положение,
- обеспечить ему доступ свежего воздуха,
- дать принять назначенные врачом лекарства (Сальбутанол, Дексаметазон и Бромгексин).

2. Отдых (нарушение сна):

- провести профилактику о пользе прогулки перед сном.

- отказаться перед сном от просмотра телевизора.
- при необходимости дать снотворные средства.

3. Терморегуляция:

- дать при необходимости снижающие температуру препараты и заботиться о теплообменных процессах пациента.

4. нарушение дыхания (выделение мокроты):

- дать пациенту разжижающие мокроту препараты;
- обеспечить контроль за количественным и качественным выделением мокроты;
- проводить позиционный дренаж. [8,с.152-154]

Значительно улучшает качество жизни санаторно-курортное лечение. Данный вид лечения проводится в теплое сухое время года на климатических курортах Южного берега Крыма, среднегорья (Кисловодск, Теберда) или в местных санаториях (Бобруйск, Нарочь).

Для более качественного ухода медицинская сестра должна владеть общепринятыми знаниями в вопросах медицинской этики и деонтологии.

В процессе ухода за пациентом медсестра должна действовать согласно следующим пунктам Этического Кодекса:

1. Оказывать пациенту качественную медицинскую помощь.
2. Повышать уровень своей профессиональной деятельности на различных лекциях, курсах, семинарах и тренингах.
3. Гуманно относиться к пациенту и уважать его законные права.
4. Уважать человеческое достоинство пациента.
5. Соблюдать принцип «Помочь и не навредить!» и строго следовать ему.
6. Строго сохранять медицинскую тайну.

2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ БРОНХИТАМИ

2.1. Организационная характеристика отделения №5 ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница имени Е.Н.Павловского» г.Белгорода

Инфекционная больница Павловского Белгорода была основана в 1972 году как детская инфекционная больница, в 1973 году была переименована в городскую, в 2002 году больнице присвоен статус клинической, а в 2005 году – областной. В настоящее время в больнице функционирует 5 отделений (в том числе и детское), специализированные кабинеты, имеются выездные бригады.

Отделение взрослых инфекций развернуто на 60 коек и является современным, хорошо оснащённым лечебно-диагностическим подразделением, где осуществляется помощь взрослой категории населения г.Белгорода и области.

Отделение №5 развёрнуто на 2 поста: пост воздушно – капельных и кишечных инфекций.

Заведующая отделением – Городова Наталья Васильевна, врач высшей квалификационной категории. В отделении работают квалифицированные врачи-инфекционисты: Денисова Татьяна Витальевна и Орехов Дмитрий Сергеевич.

Сестринский персонал на всё отделение состоит из 13 человек, из них с высшей категорией 5 человек, с первой категорией 2 человека.

Сотрудники отделения постоянно повышают свой профессиональный уровень, проходят обучение в ведущих инфекционных центрах, участвуют в международных и общероссийских научно-практических конференциях.

В отделении проходят обучение клинические интерны и ординаторы медицинского института НИУ БелГУ.

Основные направления в работе отделения – диагностика и лечение заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, инфекции желудочно-кишечного тракта, кожных покровов и особо-опасных инфекций. Для диагностики проводятся следующие инструментальные исследования: фиброгастродуоденоскопия, электрокардиография сердца, ректороманоскопия, УЗИ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, а также лабораторные: бактериологические, вирусологические, и иммунологические методы исследования.

В отделении осуществляется комплексный подход к лечению каждого больного. В процессе диагностики и лечения при необходимости могут быть привлечены врачи других специальностей.

2.2. Анализ качества жизни пациентов с хроническими бронхитами

По исследуемой теме было проведено анкетирование пациентов, находящихся на лечении в 5 отделении ОГБУЗ «Инфекционная клиническая больница имени Е. Н. Павловского» в городе Белгород.

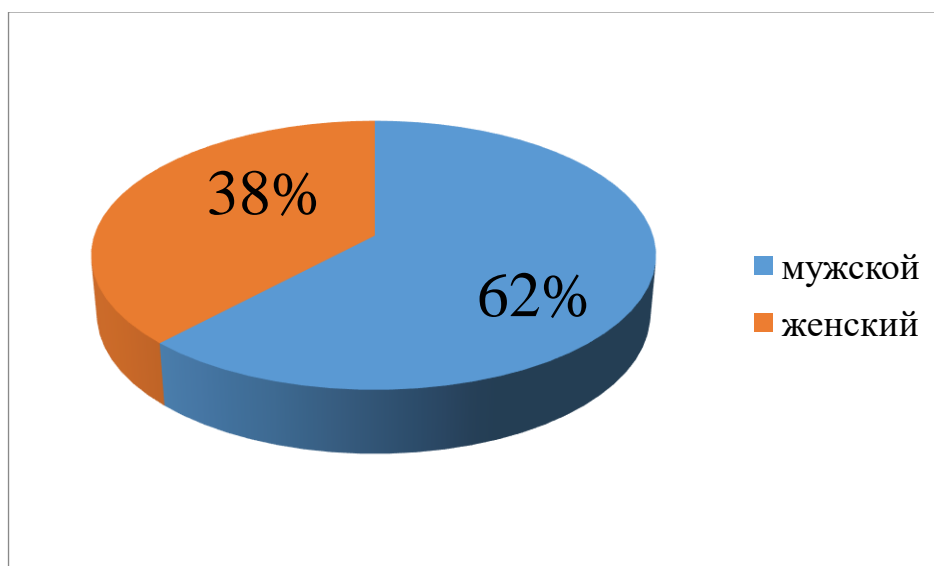


Рис.1.Пол пациентов.

По распределению по половому признаку нами были получены следующие результаты: 62% мужской пол и 38% женский. Проанализировав

медицинскую литературу по данному вопросу, можно сделать вывод, что данному заболеванию чаще подвержены мужчины (Рис.1).

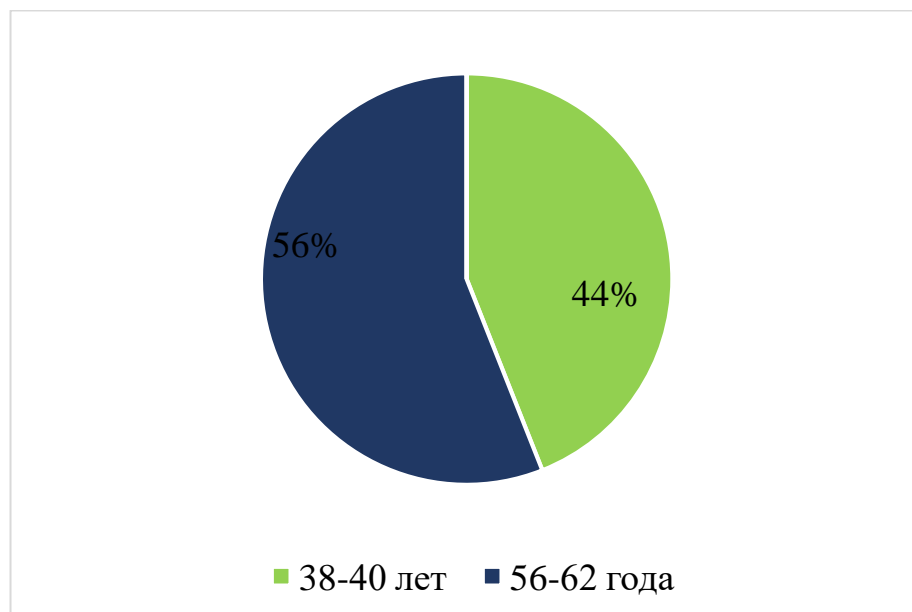


Рис.2.Возраст пациентов.

Из исследования по распределению респондентов на возрастные категории мы выяснили, что возраст от 38 до 40 лет составляет 44%, а возраст от 56 до 62 лет составляет 56 % (Рис.2).

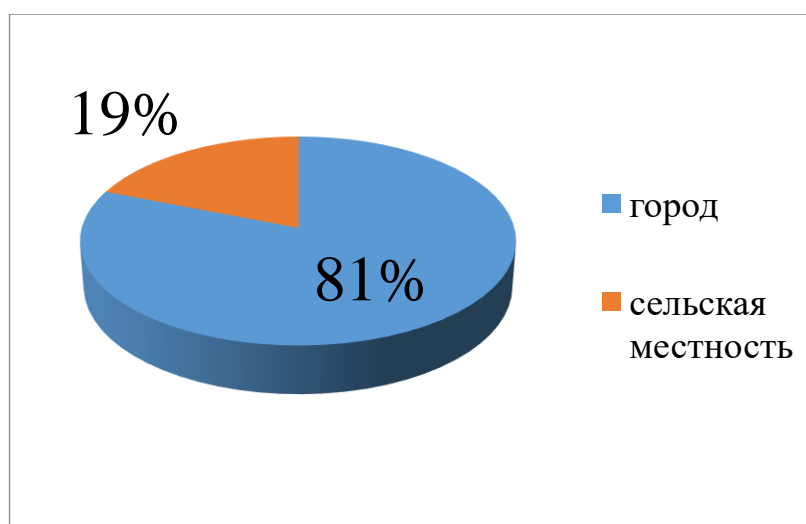


Рис.3.Местность проживания пациентов.

Опрашиваемые ответили в следующем соотношении: 81% проживают в городской местности и 19% - в сельской. На основании приведённых ответов можно сделать вывод, что большая часть населения проживает в городе, что отражается на состоянии их здоровья и может способствовать развитию

заболевания, что сказывается на снижении уровня качества жизни пациентов (Рис.3).

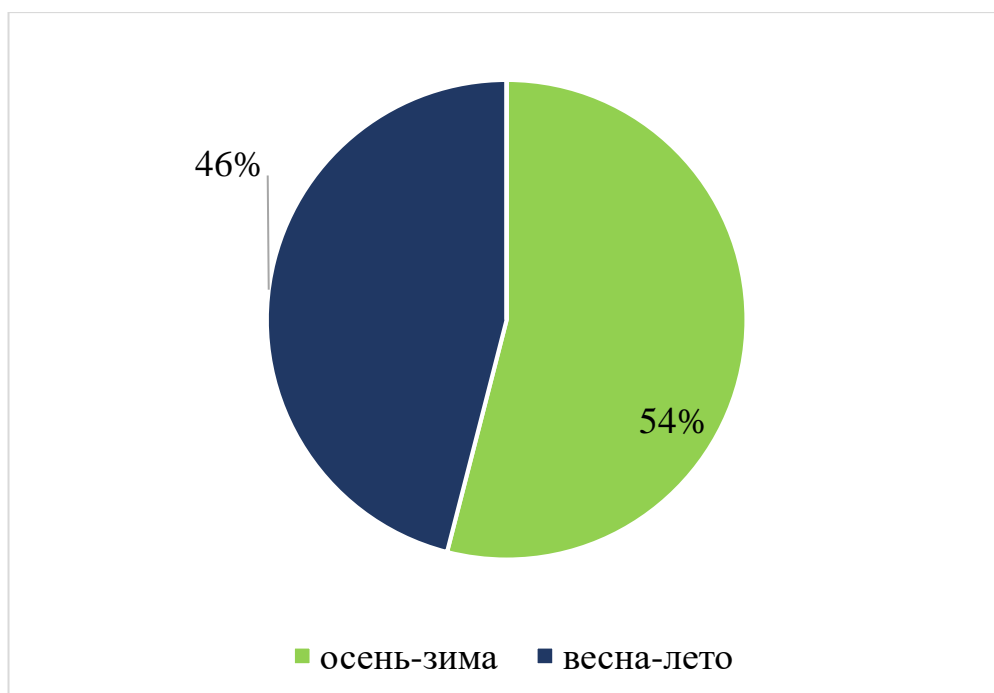


Рис.4.Сезонность данного заболевания.

На данный вопрос респонденты ответили в таком порядке: у 54% респондентов заболевание обостряется в осенне – зимний период и у 46% - в весенне - летний период. В переходные периоды в связи с изменением климатических условий (холодные ветра, проливные дожди, снижение температуры воздуха) чаще всего возможны обострения хронических заболеваний дыхательных путей (Рис.4).

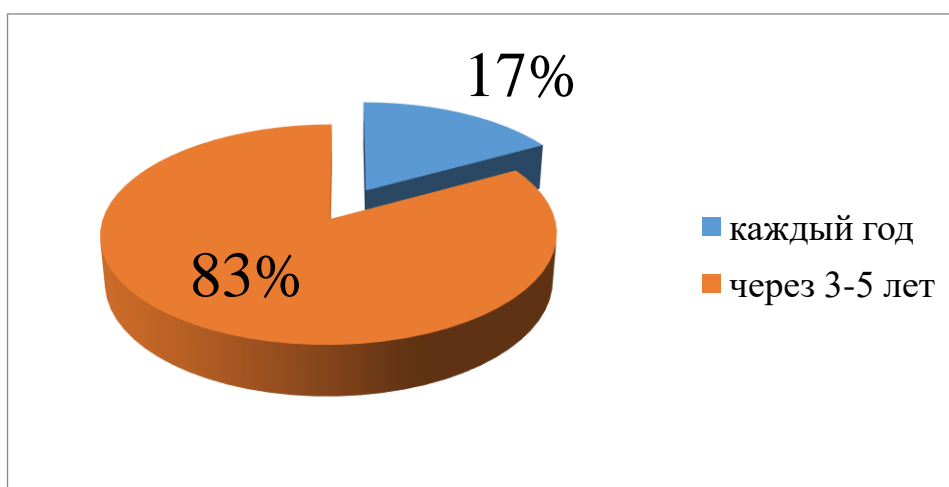


Рис.5.Периодичность обострения данного заболевания у пациентов.

Среди анкетированных ответы на заданный вопрос распределились в следующем порядке: каждый год у 17 % и с интервалом в 3-5 лет у 83%. На периодичность обострения данного заболевания влияют как окружающие факторы (холодные климатические условия на улице, злоупотребление табакокурением), так и другие факторы (сниженный иммунитет, наличие сопутствующих заболеваний и наследственная предрасположенность) (Рис.5).



Рис.6. Тип течения заболевания.

На заданный вопрос опрашиваемые ответили следующим образом: у 23% заболевание протекает по обструктивному типу и у 77% - по необструктивному. Обструктивный бронхит развивается при наличии сопутствующих заболеваний, анатомических особенностей строения дыхательных путей и присоединившихся инфекций (Рис.6).

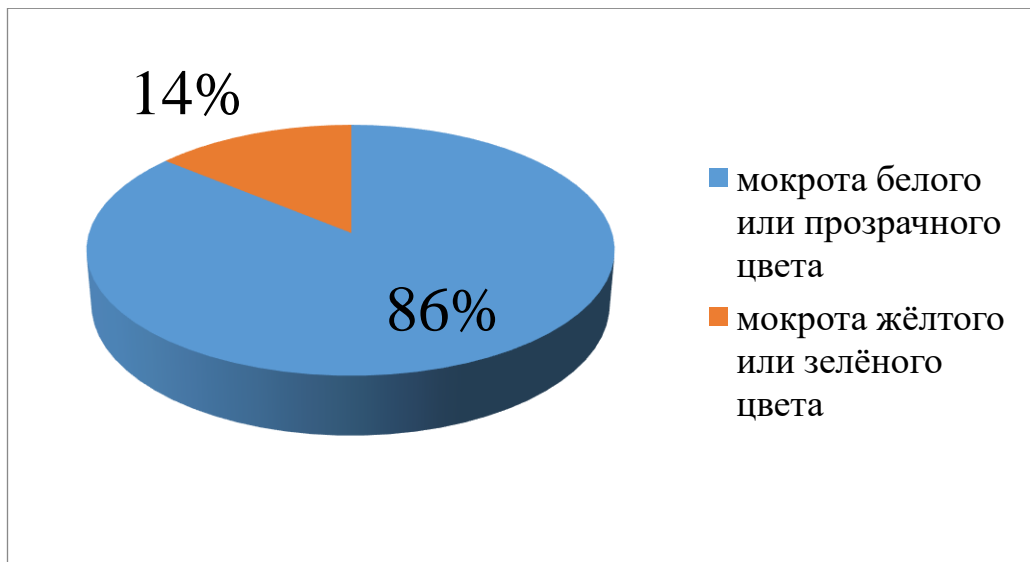


Рис.7.Качественные характеристики выделяемой мокроты у пациента.

На этот вопрос 86% респондентов ответили, что у них выделяется мокрота белого или почти прозрачного цвета и 14% респондентов ответили, что выделяемая ими мокрота имеет характерный жёлтый или зелёный цвет. По качественным характеристикам выделяемой мокроты можно судить о процессе течения заболевания (Рис.7).

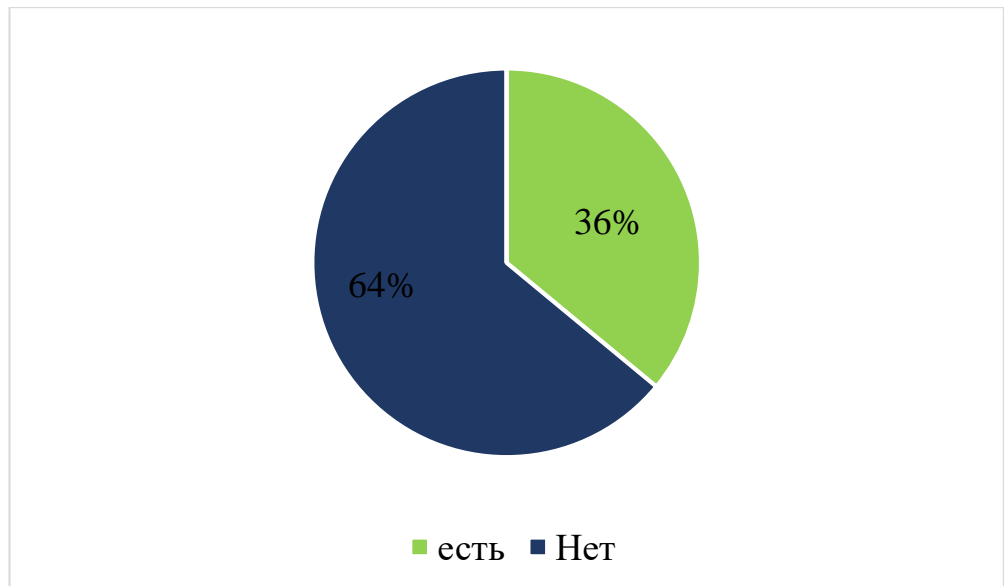


Рис.8.Наличие у пациента вредных привычек.

Из полученных ответов на данный вопрос о наличии у опрашиваемых вредных привычек можно сделать вывод, что у 36% опрашиваемых есть вредные привычки и у 64% нет. Наличие вредных привычек усугубляет течение заболевания (Рис.8).

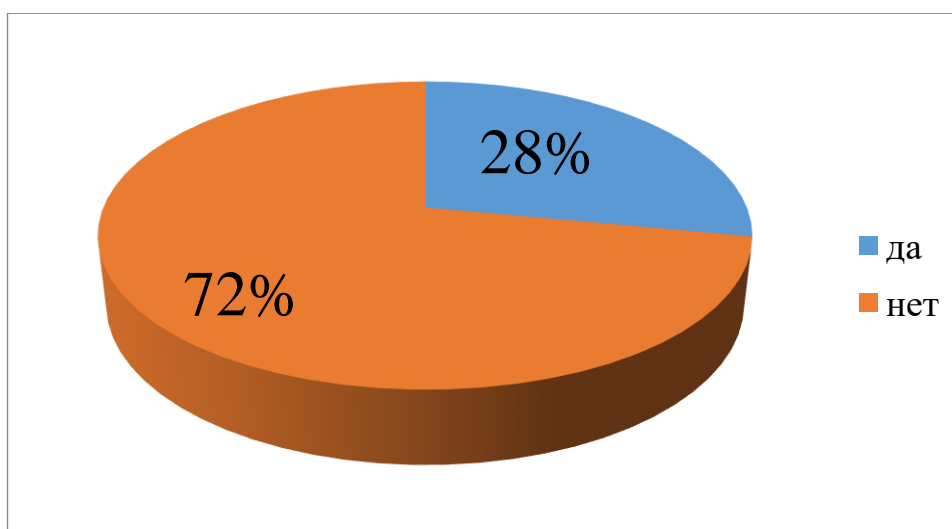


Рис.9.Наличие профессиональных вредностей среди анкетированных.

При получении ответов на вопрос о наличии профессиональных вредностей среди опрашиваемых можно заметить что у 28 % они есть и у 72 % нет (Рис.9).

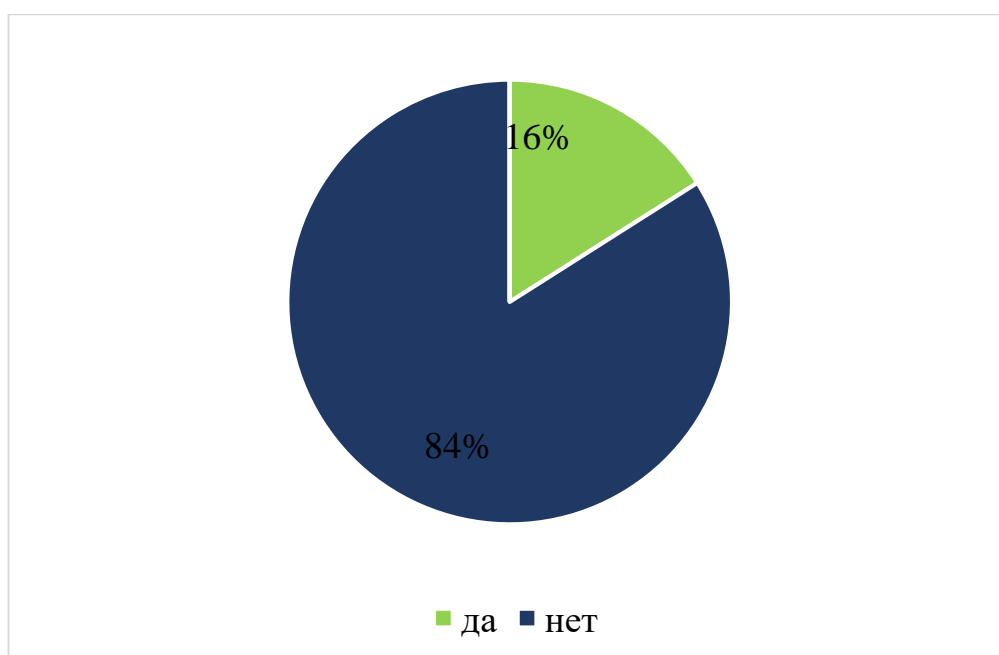


Рис.10.Случаи заболеваемости хроническим бронхитом среди ближайшего окружения пациента.

На этот вопрос анкетированные ответили в следующем порядке: 16% да и 84% нет. В следствии наследственной предрасположенности данного заболевания в семье пациента можно сделать вывод о том, что у таких пациентов шанс заболеть хроническим бронхитом более высок, чем у других людей (Рис.10).

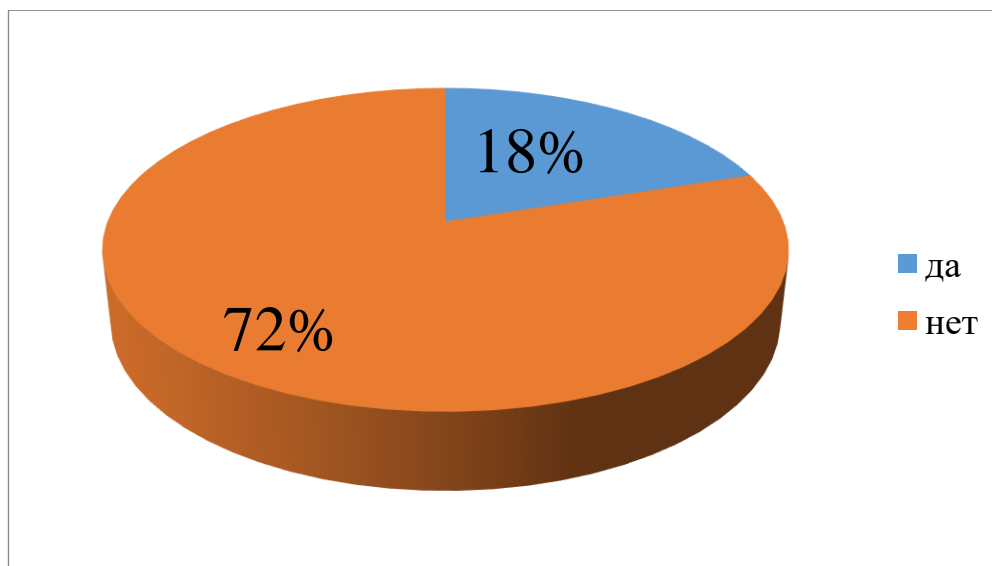


Рис.11.Наличие сопутствующих заболеваний.

Анкетированные ответили в следующем соотношении: у 18% есть и у 82% нет. На основании приведённых ответов можно сделать вывод о том, что наличие сопутствующих заболеваний значительно усложняет течение хронического бронхита (Рис.11).

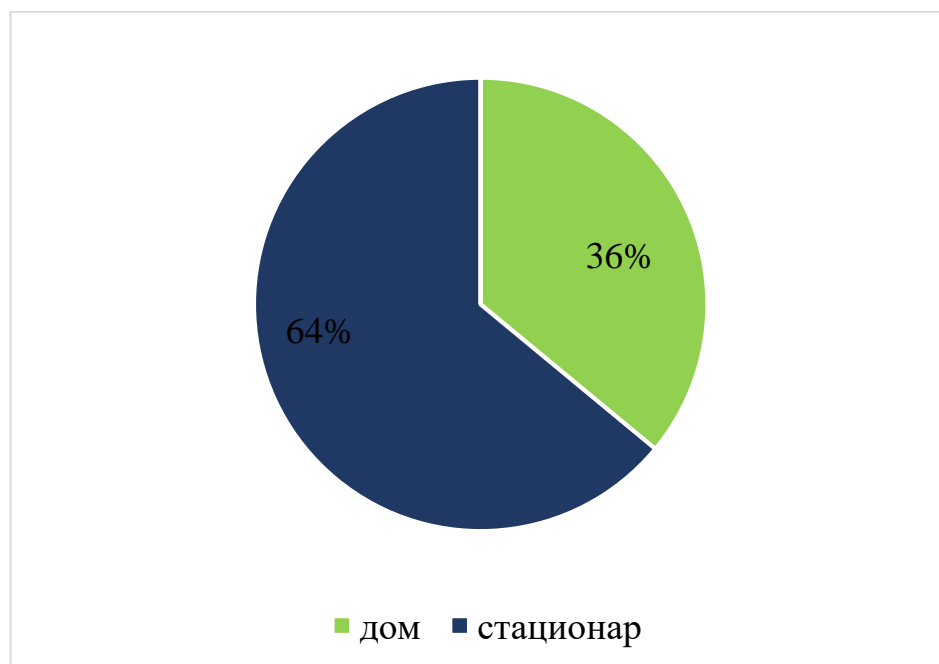


Рис.12.Условия проведения лечения.

На заданный вопрос об условиях проведения лечения респонденты ответили следующим образом: 36 % находилось на лечении дома и 64% - в условиях стационара (Рис.12).

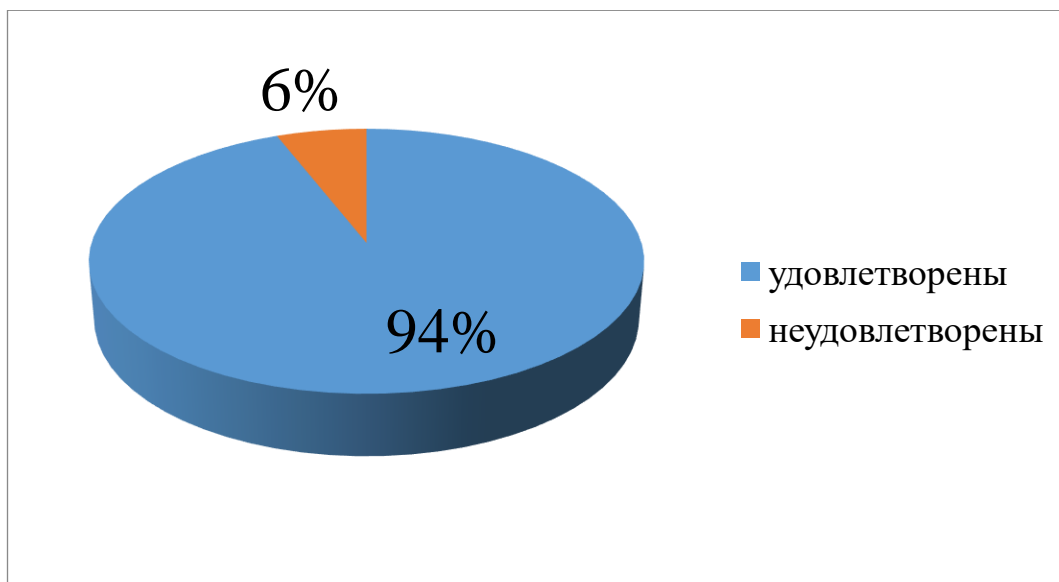


Рис.13. Степень удовлетворённости пациентов уровнем и качеством оказываемой помощи в условиях стационара.

На этот вопрос респонденты ответили в следующем процентном соотношении: 94% удовлетворены и 6% не удовлетворены. От степени удовлетворённости действиями среднего медицинского персонала среди пациентов зависит уровень терапевтического эффекта при лечении данного заболевания (Рис.13).

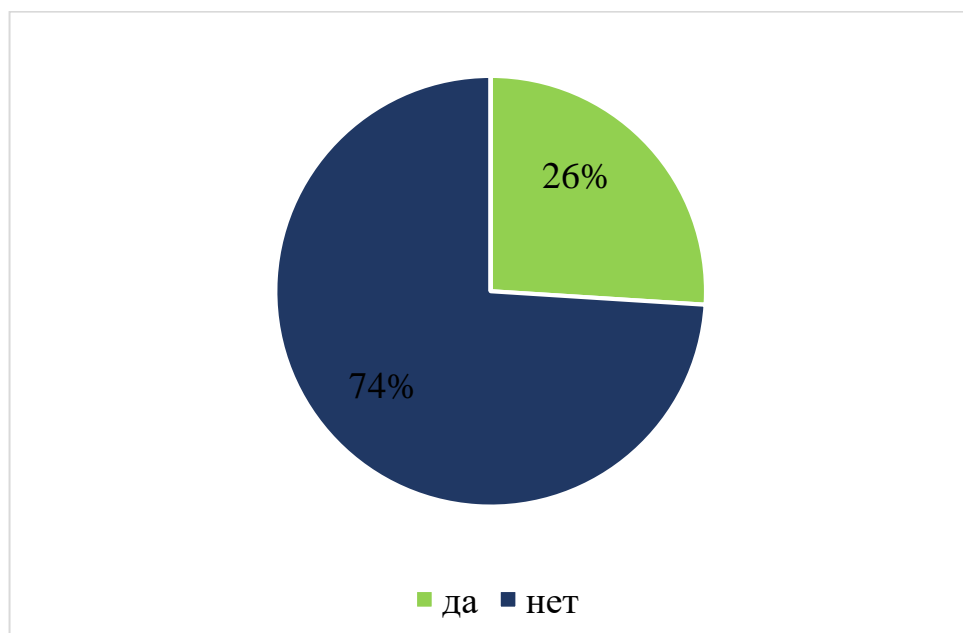


Рис.14. Проведение лечения на курорте с профилактической целью.

Мы выяснили, что санаторно-курортное лечение, как условие улучшения качества жизни пациентов при бронхиальных патологиях, назначалось только лишь 26 % респондентов, и не назначалось 74 % (Рис.14).

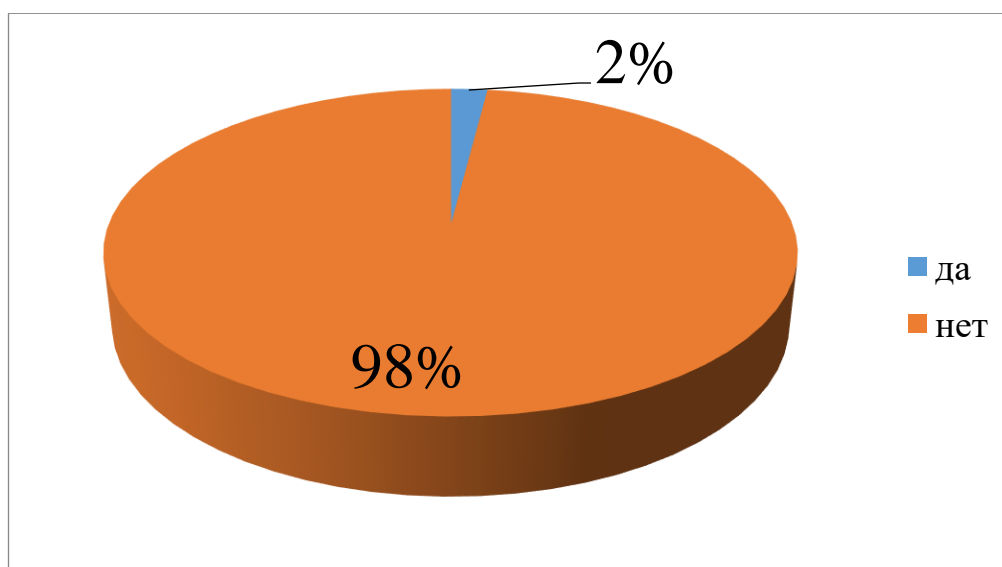


Рис.15.Наличие осложнений.

На вопрос о развитии осложнений был получен такой ответ: у 2% были и у 98% не было. Причиной развития подобных осложнений явилось основное недолеченное заболевание (Рис.15).

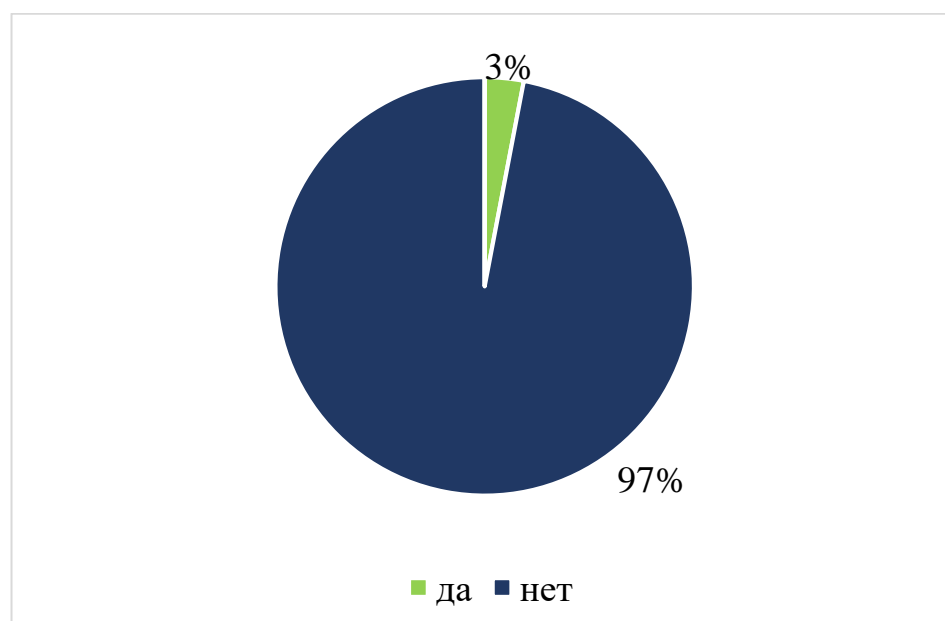


Рис.16.Наличие лихорадки у пациентов.

В следующем вопросе о наличии повышения температуры тела были даны следующие ответы: у 3% контингента больных присутствовали лихорадочные явления, у 97% их не было (Рис.16).

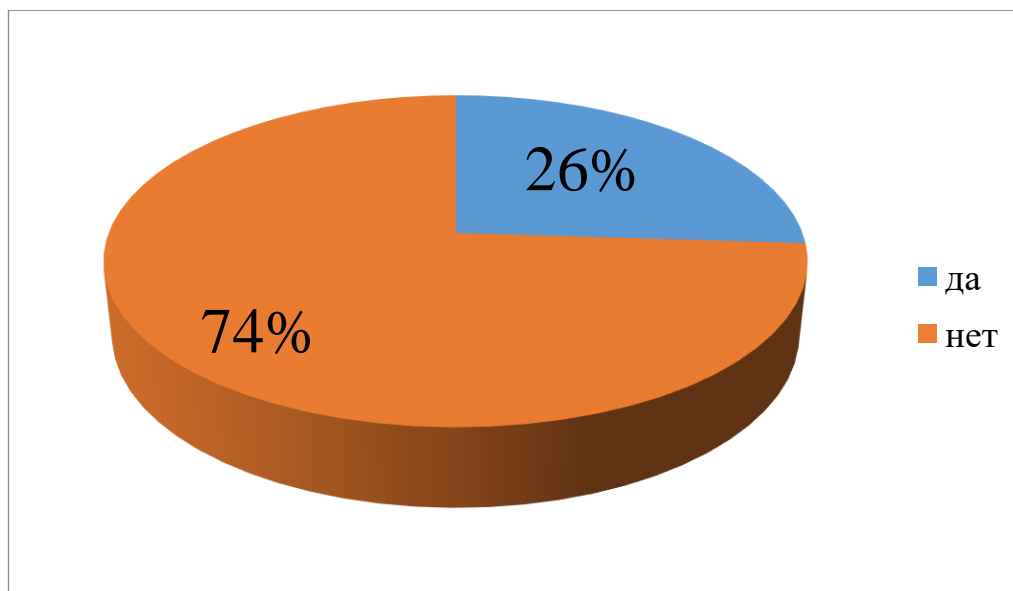


Рис.17.Проведение лечения антибиотиками.

На вопрос о проведении в лечении антибактериальной терапии ответы распределились следующим образом: 26 % применяли и 74 % не применяли. Лечение антибиотиками проводится в случае повышения температуры тела выше отметки 38,5°C, которая сигнализирует о нарушении теплообменных процессов в организме (Рис.17).

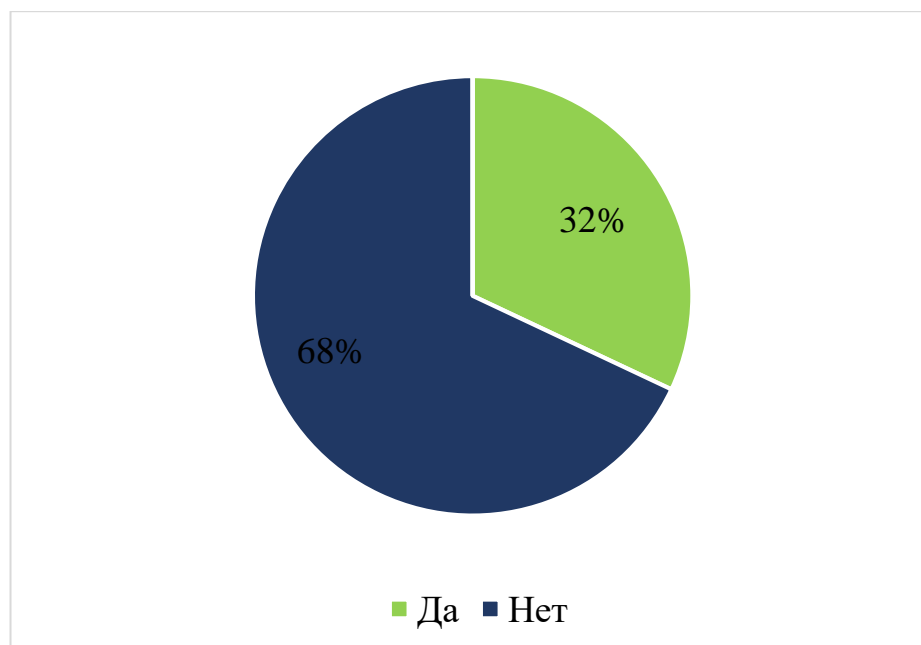


Рис.18.Проведение ингаляций.

На вопрос о проведении респондентам ингаляций полученный ответ был таким: 26% нет и 74% да. Проведение ингаляций является одним из ключевых

моментов сестринского ухода, оказывающего непосредственное влияние на уровень качества жизни пациентов с данной патологией (Рис.18).

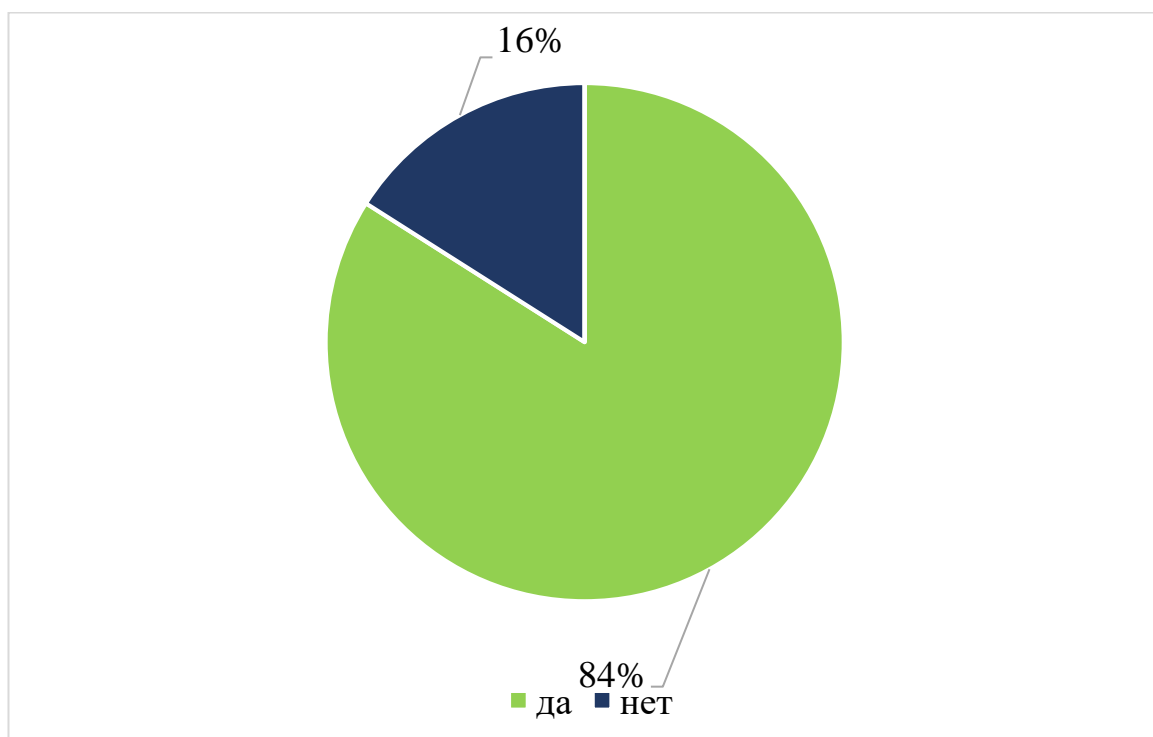
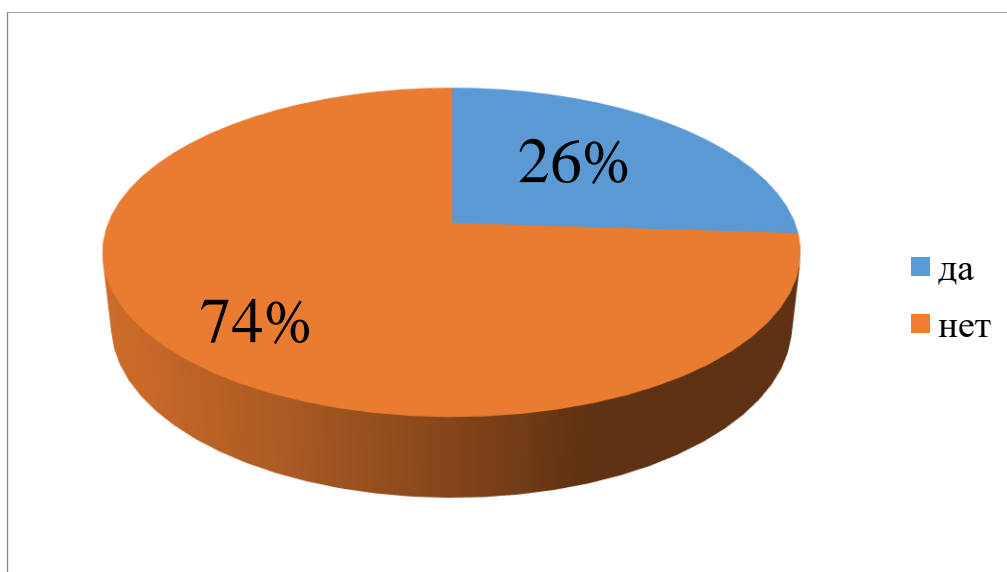


Рис.19.Проведение постурального дренажа.

На вопрос о проведении постурально дренажа респонденты ответили следующим образом: 16% нет и 84% да. Проведение постурального дренажа, как и ингаляций, является важным моментом в улучшении качества жизни пациентов (Рис.19).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический бронхит – это заболевание, которое требует от медсестры грамотных действий по уходу за пациентом и именно этот уход определяет уровень качества жизни пациентов..

Чтобы познакомиться с общими принципами сестринского ухода за пациентами с данной патологией, мы провели изучение литературы по данному вопросу и анкетирование среди больных с целью узнать их уровень жизни в настоящий момент.

Согласно полученным в процессе исследования результатам, мы можем сделать вывод, что грамотно осуществлённый сестринский уход является базой, позволяющей судить о качестве жизни пациентов с данной патологией. Выполнение данных рекомендаций позволит пациенту удовлетворительно чувствовать себя на протяжении всего заболевания и в период обострения.

Выполненная дипломная работа позволила узнать определённую новую информацию о хроническом бронхите, которую я не знала ранее. В процессе работы я уловила мысль, что при хроническом бронхите очень важно знать особенности ухода за такими пациентами и грамотно применять их на практике.

На основе проделанной дипломной работы можно сделать вывод о том, что квалифицированная работа медицинской сестры является важной и неотъемлемой частью процесса успешного лечения.

Соблюдение лечебного питания, физиопроцедуры, санаторно-курортное лечение, уход при лихорадке в период обострения и проведение мероприятий по созданию психологического комфорта при общении с пациентом,- всё это создаёт необходимые условия для повышения качества жизни пациентов с данной патологией. Правильная методика подготовки пациентов к различным методам исследования, взятие биоматериалов, своевременная их доставка в лабораторию и получение результатов являются ключевыми моментами в повышении качества жизни пациентов с хроническими бронхитами.

Своевременная доставка в лабораторию биоматериалов с соблюдением всех правил является залогом успешной диагностики и последующих процессов лечения и реабилитации.

Главная задача медицинской сестры при уходе за пациентом - это разъяснение ему всей сложившейся ситуации, облегчение состояния пациента и адаптация человека в обществе.

Рассматриваемая в дипломной работе тема не потеряла ещё своей актуальности и на сегодняшний день.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аббясов, И.Х Основы сестринского дела [Текст],/ С.И. Двойникова, Л.А. Карасева , издательский центр «Академия», 2009 год, 336 с.
2. Бочков, Н.П. Справочник терапевта [Текст],/ , Н.П Бочков, А.И. Воробьёв, В.А. Насонова учебник под редакцией Н.Р.Палеева, г.Москва,1995 , 2 т., с.544.
3. Горелова, Л.В. Краткий курс лечебной физической культуры и массажа [Текст]/, Ростов-на-Дону ,2007 ,46 с.
4. Кулешова, Л.И. Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии : учебник / Л.И. Кулешова , Е.В. Пустоветова ; под ред. В.В. Морозова. – Ростов н/Д : Феникс, 2016. – 716 с.
5. Лычев, В.Г. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медико-санитарной помощи,[Текст],/ В.Г. Лычев и В.К Карманов. Научно-издательское объединение «Квартет», Москва, 2016,423 с.
6. Обуховец, Т.П. Основы сестринского дела [Текст],/ б. Т.П.Обуховец, Т.А. Склярова, О.В Чернова. Ростов н/Д, 2002 год., 448 с.
7. Рамона Арройо, [Электронный ресурс], Доцент кафедры медицины Медицинской школы им. Эдварда Хиберта Бетесда, Мэриленд Центр медицинских наук Техасского университета, режим доступа.<http://www.med.tehlit.ru/kn4/str10.htm>
8. Этический кодекс медицинской сестры России [Текст] - Составитель - проф. А.Я. Иванюшкин., Санкт-Петербург, 2010 год,
9. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [Электронный ресурс], режим доступа <https://www.rosminzdrav.ru/documents/7025>.
10. Шершень, Г.А. Хронический бронхит, [Текст],/ А.Г.Шершень, 1985 год.,55 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета.

1. Пол

а) женский

б) мужской

2. Ваш возраст.

а) от 38 до 40 лет

б) от 56 до 62 лет

3. Регион проживания.

а) город

б) сельская местность

4.Сезонность обострения патологии.

а) осень – зима

б) весна – лето

5.Периодичность обострения заболевания.

а) каждый год

б) через 3 года

в) через 5 лет

6.Тип течения заболевания.

а) обструктивный

б) необструктивный

7.Качественные характеристики выделяемой мокроты.

а) мокрота белого или прозрачного цвета

б) мокрота жёлтого или зелёного цвета

8.Наличие табакокурения.

а) есть

б) нет

9.Наличие профессиональных вредностей.

а) есть

б) нет

10.Случаи заболеваемости бронхитом в Вашей семье.

а) есть

б) нет

11.Наличие у Вас сопутствующих заболеваний.

а) есть

б) нет

12.Условия проведения лечения.

а) на дому

б) в стационаре

13. Степень удовлетворённости качеством оказываемой медицинской помощи.

а) удовлетворены

б) не удовлетворены

14.Назначение лечения с профилактической целью на курорте или в санатории.

а) назначалось

б) не назначалось

15. Наличие развившихся осложнений.

а)да

б)нет

16.Наличие лихорадки в период обострения.

а) да

б) нет

17.Назначение лечения антибиотиками.

а) назначалось

б) не назначалось

18.Выполнение ингаляций,

а) выполнялись

б) не выполнялись

19.Проведение постурального дренажа.

а) проводился

б) не проводился

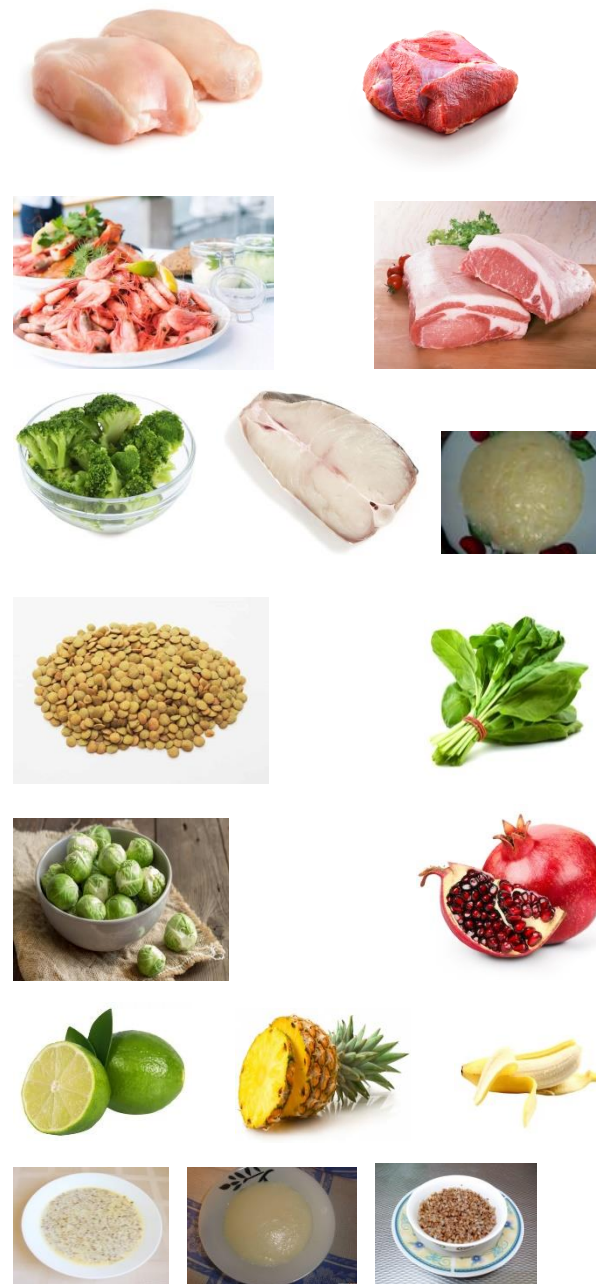
Хронический бронхит коварен тем, что он может повториться уже при кажущемся выздоровлении. Возникающие таким образом рецидивы влекут за собой развитие осложнений, которые «отравляют» жизнь самого пациента и его окружения и сказываются на уровне качества жизни пациента.

Для того, чтобы периоды ремиссии приносили как можно меньше дискомфорта и не вели к снижению качества жизни, необходимо выполнять данные медицинскими работниками в стационаре при выписке рекомендации.

***Белгород, ул. Попова, 26/25
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
(НИУ «БелГУ»)***

1. Соответствующий рацион питания:
В суточный с высоким содержанием белка и витаминов могут быть мясо (курица, говядина,с винина), рыба и морепродукты, овощи (чечевица, брокколи, шпинат и брюссельская капуста) и фрукты (гранат, лайм,ананас и банан). Также в рацион можно включить гречневую и манную каши, сваренные как на воде, так и на молоке.

Важное значение при обострении хронического бронхита имеет соблюдение 13 стола. Целью назначения этого стола является снижение интоксикации организма.

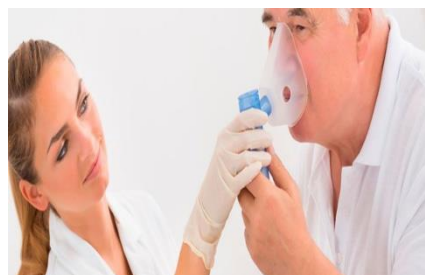


2. Обильный питьевой режим:

Взрослый человек должен употребить за сутки от 3 до 3,5 л жидкости. Это может быть щелочная минеральная вода и горячее молоко с боржоми в соотношении 1:1.



3. Высокую эффективность показывает использование ингаляций. В качестве раствора для ингаляций можно использовать минеральную воду, раствор Рингера или обычный физиологический раствор. Процедуры проводят 2-3 раза в день на протяжении 5-10 дней. Это способствует усиленному отхождению мокроты и улучшению состояния пациента.



4. Необходима коррекция образа жизни с целью устранения факторов риска развития инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. В первую очередь это касается курения