

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(НИУ «БелГУ»)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**ЗНАЧЕНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ
ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения специальности
34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051505
Комарцова Виктора Викторовича**

Научный руководитель:
преподаватель Карпенко В.В.

Рецензент: заведующая
поликлиническим отделением № 1
ОГБУЗ «Городская поликлиника
г. Белгорода», поликлиническое
отделение № 1
Варавина Л.Ю.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕЧЕБНО-ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	6
1.1. Анатомо-физиологические особенности дыхательных путей	6
1.2. Общая характеристика и причины развития заболеваний органов дыхательной системы	9
1.3. Клинические проявления заболеваний органов дыхательной системы.....	11
1.4. Роль и значение лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхательной системы.....	14
1.5. ЛФК при заболеваниях дыхательной системы	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕЧЕБНО-ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ	24
2.1. Методика исследования особенностей лечебно-физической культуры при заболеваниях дыхательной системы.....	24
2.1. Результаты собственного исследования роли и значения лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхательной системы.....	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	33
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	35
ПРИЛОЖЕНИЕ	36

ВВЕДЕНИЕ

Важность обсуждаемой задачи заключается в том, что все болезни дыхательной системы являются не только терапевтическими, но и медицинскими и социальными задачами, что приводит к значительным последствиям, вызванным большими заболеваниями. Хотя существует множество способов профилактики этих заболеваний, таких больных будет не меньше.

Поэтому особенно важно избегать заболеваний дыхательной системы, вследствие того что данные болезни у людей появляются легко, весьма зачастую и свободно. Одним из основных способов профилактики заболеваний дыхательной системы является проведение и лечебной физической культуры, которая поможет пациенту улучшить свое здоровье, а также поможет в дальнейшем избежать последствий этих заболеваний и снизить минимальное количество приобретенных заболеваний дыхательной системы.

Кроме того, заболевания дыхательной системы не очень хорошо поддаются лечению, оставляя результаты, и негативно влияют на их дальнейшую жизнь.

Заболевания дыхательной системы-это самая широкая группа заболеваний, характеризующихся исчезновением дыхательных путей, которая напрямую связана с проникновением в организм микробов и инфекций. В основном, чаще всего патологические процессы формируются под влиянием активации стафилококков и стрептококков.

Чаще всего аллергия вызывает патологии в дыхательной системе. Пациент может отличаться от кашля, диспноэ, отхаркивающим течением, то есть мокротой, а также выделением из носовой полости, сложностью дыхания, высокой температурой.

Актуальность исследования заключается в том, что по статистике заболеваний органов дыхания принято считать самыми распространенными. По данным Института пульмонологии Минздравсоцразвития России ежегодное увеличение количества случаев заболевания составляет 5–7%. При этом статистика заболеваний гриппом во время эпидемии варьирует от 5–10% заболевших от общего населения страны.

Цель работы: выявить особенности проведения лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхательной системы.

Объект исследования: пациенты с заболеваниями органов дыхательной системы.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при заболеваниях органов дыхательной системы.

Задачи исследования:

- Изучить литературные источники по теме исследования;
- Провести анкетирование среди пациентов с заболеваниями органов дыхания;
- Определить факторы риска заболеваний органов дыхания;
- Выявить особенности профилактики, ролей и значения лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхания;
- По итогам проведенного исследования составить рекомендации для проведения лечебно-физической культуры для медицинских сестер в уходе за пациентами с заболеваниями органов дыхания.

Методики исследований:

1. Научно-теоретическое анализирование литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости;
2. Организационные (сравнительный, комплексный) метод;
3. Социологические: анкетирование, интервьюирование;
4. Биографические (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);

5. Психолого-диагностические (беседа);
6. Эмпирическое наблюдение, дополнительные методы исследования;
7. Статистические - обработка информационного материала.

Практическая значимость этого изучения состоит в исследовании определенных советов больным согласно проведению профилактики и использованию независимой лечебно-физической культуры, а кроме того медицинским рабочим по организации и проведению лечебно-физической культуры при болезнях органов дыхательной системы.

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

Время исследования: 2019 год.

В первой главе изучения проложен общетеоретический анализ литературных источников по этиологии, патогенезу, анатомо-физиологическим особенностям органов дыхательной системы, определениям факторам риска, медицинским проявлениям и осложнениям болезней органов дыхания. Значимый интерес уделен проведению лечебно-физической культуры и особенностям организации, и роли медицинской сестры и больного в проведении исследования. Вторая глава посвящена итогам своего изучения согласно проведению лечебно-физической культуры и профилактике при болезнях органов дыхания.

Вся деятельность показана в 39 страницах, обладает перечень основных использованных источников и литературы, что содержит 10 названий, 12 рисунков. В качестве приложения показана тест-анкета больных.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕЧЕБНО-ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Заболевания дыхательной системы играют ключевую роль в общей статистике заболеваемости. При заболеваниях дыхательной системы значительное влияние оказывают возрастные анатомические и физиологические особенности, связанные с морфологическим и функциональным дефицитом дыхательной системы. Они выражаются в виде реакций организма на инфекционные и другие вредные факторы. При заболеваниях дыхательной системы патологический процесс может быть локализован в различных частях дыхательной системы. В 90% случаев этиологическим состоянием заболеваний дыхательной системы являются вирусы.

1.1. Анатомо-физиологические особенности дыхательных путей

Дыхательная система состоит из дыхательной системы, через воздух – носовой полости, гортани, трахеи и бронхи, а также дыхательной части – легких. В носовой полости присутствует орган запаха.

Перегорodka, проходящая через хрящевую часть кости, делится на две части. Стенки носовой полости и слизистой оболочки носовой перегородки покрыты титровым эпителием носовой перегородки. Блестящий эпителиальный кремнезон, против движения дыхательного воздуха, удаляется во внешнюю среду вместе с частицами пыли слизистой и тем самым очищает воздух.

В полости носа открывается воздушная полость соседних костей-паранасальных пазух. Проходя через носовую полость, воздух нагревается, увлажняется, очищается и поступает сначала в носоглотку, затем во рту и в гангреновую часть горла. Из гангреновой части горла воздух отправляется в

гортань, где находится орган образования голоса. Гортань находится в области шеи, где заметны контуры высоты, на которой она вытягивается.

Непосредственным продолжением гортани является трахея. Его длина составляет от 9 до 12 см, а диаметр 1,5-2 см, слизистая оболочка которого покрыта титровым эпителием, имеет много желез. От области шеи трахея переходит в грудную полость и делится на правый и левый первичные бронхи на IV – V уровне грудного позвонка. [9, с. 30].

В области легочных корешков бронхи делятся сначала на дольки, а затем на сегментарные бронхи. Сегментарные бронхи делятся на более мелкие бронхи, образуя бронхиальное дерево правого и левого легких. Воздух свободно проходит через дыхательные пути, так как стенки дыхательной трубки не уменьшаются из-за наличия в них хрящевой основы.

Легкие лежат в грудной полости с обеих сторон сердца. Каждый легкий завернут в закрытый тонкостенный мешок, образуя тонкую, влажную, блестящую плевровую оболочку. Есть два плевровых листа, которые не переходят друг к другу: париетальный и легочный. Среди них плевральная полость в виде трещин, содержащая небольшое количество плевральной жидкости, выполняющая функцию смазки при постоянном дыхании легких. При воспалении легких, туберкулезе и ряде других заболеваний плевра-париетальные листья соединяются с листьями легких и образуют липкость.

В некоторых болезненных условиях между листьями плевры может накапливаться большое количество жидкости или воздуха, что приводит к сжатию легких и нарушению ее функций. Легкие имеют коническую форму. Его нижняя поверхность вогнута и прикреплена к диафрагме – мышце, которая отделяет грудную клетку от брюшной полости. Кончик легких в 2-3 раза проникает в нижнюю часть шеи и работает над клавикулой. Легкие канавки делят на доли-от правого до трех, левого-на два.

Легочные доли состоят из сегментов, а сегменты-из долей, содержащих бронхиальные доли. Продолжая, делим на дольки, бронхи сначала переходят к последним, а затем к дыхательным бронхам. Дыхательные бронхиолы образуют

альвеолярные пути, в стенках которых очень много мелких пузырьков – альвеоловые стенки покрываются толстой сеткой самых мелких кровеносных сосудов извне – капилляры и мембраны меньше 1мкм, через которые газообмен между капиллярами и кровью, протекающей по воздуху, проветривает альвеолы [9, с. 30].

Легочная артерия, разделенная на бронхи мельчайших капилляров, проникает в легкие и вызывает кислородную венозную кровь из правого желудочка сердца в легкие.

Через капиллярный просвет можно пройти 1-2 эритроцита одновременно. В результате газообмена кислород дыхательного воздуха переходит в эритроциты, а углекислый газ переходит из эритроцитов в альвеолярный воздух. Таким образом, венозная кровь обогащается кислородом через артериальную и две легочные сосуды, возвращаясь к левому предсердию сердца. Этот путь называется небольшим кругом кровообращения.

Процесс дыхания регулируется центральной нервной системой. Двухсторонний дыхательный центр состоит из двух частей: центра дыхания и Центра выдоха. Углекислый газ, накопленный в крови при активном использовании кислородных клеток, и молочная кислота, возбуждает дыхательный центр головного мозга, в котором происходит увеличение частоты и глубины дыхания, попадания в кровь в больших количествах с интенсивной мышечной работой.

Большую роль в регулировании дыхания играют и вагинальные нервы. Особое значение имеет прием к терминальным нервным аппаратам, расположенным в стенках аорты и в местах, отличающихся от общих каротидных артерий. Они регистрируют изменения в Газе крови и отправляют соответствующие сигналы в дыхательный центр.

Повышение концентрации углекислого газа и снижение концентрации кислорода в крови приводит к возбуждению дыхательного центра, повышению дыхания и повышению вентиляции легких. Снижение концентрации углекислого газа тормозит дыхательный центр, снижается вентиляция легких.

Измерение жизненных возможностей легких для изучения дыхательной функции легких-это максимальное количество воздуха, которое может дышать после глубокого дыхания. Это в среднем 3,5 л. и хорошо тренируется-до 6 л. количество воздуха, проходящего через легкие, составляет 1 минуту., называется минутный объем дыхания. Как правило, он равен 6-9 л. Плутарх Херонеи сказал – « умеренные и своевременные физические упражнения не нужны человеку, никакого лечения, направленного на устранение болезни.» [9, с. 30].

1.2. Общая характеристика и причины развития заболеваний органов дыхательной системы

К заболеваниям органов дыхательной системы принадлежат следующие:

- 1) болезни верхних дыхательных путей: ринит, фарингит, ларингит, трахеит;
- 2) бронхиты: острый, обструктивный, рецидивирующий бронхит, хронический бронхит, хронический бронхиолит;
- 3) пневмонии: очаговая бронхопневмония, сегментарная, крупозная, интерстициальная;
- 4) бронхиальная астма.

Факторами формирования заболеваний верхних дыхательных путей чаще всего считаются вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-сентенциальные вирусы.

Существуют следующие заболевания верхних дыхательных путей:

- ринит-воспаление слизистой оболочки носовой полости;
- фарингит-воспалительный процесс в горле;
- ларингит-воспаление слизистой оболочки гортани;
- трахеит-воспаление слизистой оболочки трахеи.

Причинами развития бронхита являются вирус гриппа, парагриппа, аденовирус, респираторно-сентенциальные вирусы, пневмококки.

Выделяют острый, обструктивный, хронический и рецидивирующий бронхиты.

1. Острый - частая форма поражения органов дыхания, как правило, в основном появляется у детей старше 3 лет;
2. Обструктивный - чаще возникает у детей первых месяцев жизни на фоне аденовирусной инфекции;
3. Хронический бронхит - это длительно текущее, необратимое поражение бронхов;
4. Рецидивирующий - бронхит, повторяющийся в течение года три и более раз.

Факторами пневмоний являются – патогенные микроорганизмы, вирусы, внутриклеточные паразиты, паразиты, патогенные грибы.

Выделяют следующие формы пневмоний:

1. Очаговая - воспалительный процесс захватывает участки легочной ткани в непосредственной близости от респираторных бронхиол;
2. Сегментарная - характеризуется поражением одного или нескольких сегментов с закупоркой сегментарного бронха;
3. Крупозная - вызывается пневмококком, развивается как аллергическая реакция гиперергического типа в ответ на внедрение аллергена на фоне предшествующей сенсibilизации;
4. Интерстициальная - воспалительный процесс развивается в соединительной и межальвеолярной тканях легкого и сопровождается микроателектазами.

Бронхиальная астма-характеризуется обструкцией дыхательных путей, вызванной хроническим аллергическим воспалением и бронхиальной гиперактивностью.

Источник заболевания наследственная склонность к аллергии и влияние факторов, раздражающих окружающую среду или аллергены [1, с. 39].

1.3. Клинические проявления заболеваний органов дыхательной системы

Многие болезни имеют свои проявления и значительно отличаются от других.

При заболеваниях верхних дыхательных путей:

Ринит - проявляется нарушением дыхания. Это приводит к нарушению сна, тревоге. Попадание слизи в заднюю стенку горла вызывает кашель, который усиливается дыханием через рот. Чаще всего кашель проявляется ночью. Кроме того, возникает сухость, жжение в носу и носоглотке, затрудненное дыхание в носу, слезотечение, головная боль. Чувство запаха снижается. Звук получает неприятный оттенок. Через несколько часов становится серозные затем густые слизистой струей.

Фарингит - проявляется потоотделением в горле, сухим, навязчивым кашлем. При объективном осмотре выявляется гипертрофия фарингеальной лимфатической ткани задней стенки горла. Воспалительный процесс в носоглотке часто приводит к развитию острого среднего отита.

Ларингит - основные симптомы заболевания сначала грубый, сухой, затем влажный, "кашель", иногда афонир.

Трахеит-кашель сначала сухой, затем смачивается. Особенно во время кашля возникает ощущение боли и жжения в спине грудины.

Многие болезни имеют свои проявления и значительно отличаются от других [3, с. 110].

При бронхите присутствуют общие признаки, характерные для всех форм бронхита. К ним относятся: кашель, симптомы бронхиальной обструкции, постоянные сухие и различные мокрые хрипы с обеих сторон грудной клетки, двустороннее укрепление легочной картины в радикальных отделах, отсутствие очаговых и инфильтрационных изменений в легких в рентгенографии.

Острый бронхит - чаще всего жалуется на головные боли, ощущение сдавления и жжения за брюшной полостью. Главный признак бронхита - кашель. Первоначально он может быть сухим, прерывистым, болезненным, упрямым, усиливающимся ночью и утром, пароксизмальным. Кроме того, болезнь иногда сопровождается рвотой. При кашле через 5-8 дней отделяется мягкая, влажная, вязкая, склизкая слизистая оболочка мокроты. Затем слизисто- гнойные и даже гнойные симптомы могут включать в себя кровеносные сосуды. Общее состояние обычно не нарушается. Перкуторный голос над легкими не изменился. Аускультативно сухой свист и различные влажные хрипы слышны в легких или задних отделах. Количество и локализация хрипов не являются постоянными, они часто меняются в течение дня, уменьшаются или исчезают после кашля.

Обструктивный бронхит-главная особенность этой формы бронхита - "свист" с дистанционно слышимыми хрипами.

Хронический бронхит - основные симптомы такого бронхита постоянные, длительные (более 10 месяцев) явления кашля без мокроты или мокроты и бронхо спазма. Мокрота может быть очищена от гноя или в горле в виде «сгустков», состоящих из эпителия бронхов или эозинофилов. В легких постоянно слышны различные хрипы в течение трех и более месяцев в году. Дыхательная недостаточность продолжается. Клинические симптомы острого бронхита появляются в остром периоде.

Повторный бронхит - клинические признаки, такие как острый бронхит, появляются в период обострения.

Общая клиническая картина для всех форм пневмонии при пневмонии включает: лихорадку, очень стойкую к лихорадке, интоксикацию, симптомы дыхательной недостаточности (одышка, цианоз кожи, участие в дыхании вспомогательных мышц), постоянные местные изменения в легких (перкуторная и аускультативная), рентгенографию очаговых, сегментальных или лобных инфильтрационных оттенков, периферические изменения в крови.

Очаговая-повышается температура тела, нарушается тревожность, возбуждение, сон. Может появиться рвота и жидкий стул, раздражает кашель. Дыхательная недостаточность развивается медленно или резко. Кожа приобретает серо-землистый цвет. Дышать неудобно, полоскать, остывать. Одышка развивается с изменениями частоты и глубины дыхания, апноэ-клетками. Размер груди увеличился. Пенится, наблюдается насморк и насморк. Снижается скорость дыхания и соотношение пульса.

Сегментарный - может протекать по-разному. В некоторых случаях его клиническая картина напоминает крупозную пневмонию, в других - очаговую плевру. Его симптомы зависят от расположения и ширины поражения.

Крупозная - температура 39-40 градусов Цельсия, проявляющаяся озноб, головная боль, резкое нарушение самочувствия. Может быть бред, апатия, бессонница. При участии вспомогательных мышц происходит «охотничья» одышка. При глубоком дыхании наблюдается боль в груди на стороне поражений, связанных с вовлечением в процесс плевры. При локализации воспаления в правой части легких развиваются симптомы брюшной полости. Пациент имеет положительные признаки рвоты, боли в области груди и правой боковой области, раздражение. С первых дней болезни появляется сухой, навязчивый, болезненный кашель. Затем его смачивают липкой, плохо кашляющей, «ржавой» мокротой. Через 5-7 дней происходит разрешение процесса - температура тела критически падает, при обильном кашле мокроты появляется пот.

Интерстициально - включает в себя два варианта течения: острое и подострое [3, с. 110].

Острый характеризуется интенсивным развитием - тяжелой дыхательной недостаточности, сердечно - сосудистой системы (глухой тон, острой тахикардии, симптомами застойности в малых и больших кругах кровообращения, периодическим падением), дисфункции центральной нервной системы и желудочно-кишечного тракта (рвота, метеоризм). Чаще всего он характеризуется болезненным пароксизмальным кашлем. Мокрота низкая,

пенообразная, иногда кровянистая. Грудь набухает, пальцем определяется барабанный звук. Дыхание ослабевает, слышны укрепляющие и нестабильные сухие хрипы.

Подострое - выраженные признаки интоксикации, одышки во время физических упражнений. В легких слышится один сухой хриплый.

Бронхиальная астма проявляется более выраженной свистящей болезнью при дыхании, кашле, одышке, ощущении сжатия в груди, выдохе. Приступ утопления происходит за несколько часов до периода прекурсоров, который длится 2-3 дня. Это характеризуется появлением беспокойства, нервозностью или депрессией. Сон нарушается. Часто бывают чихание, зуд в носу, заложенность носа и серозные выделения, навязчивый сухой кашель, головные боли.

По словам ученого Пришвина М. М. - «Здоровье человека не в сердце, не в почках, не в корнях, не в листве или спине. Конечно, слов нет, хорошо человеку, если у него все это тоже здорово, как у быков. Но самая суть чисто человеческого здоровья — это когда его неудержимо тянет сказать что-то хорошее другому человеку, как будто это даже закон: раз мне — то должно быть и всем хорошо!» [2, с. 56].

1.4. Роль и значение лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхательной системы

Лечебная и физическая культура применяется в различных формах: гигиеническая гимнастика; лечебная гимнастика; Мобильные игры; различные формы ходьбы, спортивный отдых.

Гигиеническая гимнастика-это совокупность физиологических процессов, которые оказывают заметное хорошее и восстановительное воздействие на организм человека.

Лечебная гимнастика-это совокупность физиологических действий, назначаемых пациенту с целью профилактики заболеваний. Сложные

комплексные комплексы определяются не только специализированными процедурами в соответствии с этим заболеванием, но и процедурами, которые оказывают общее положительное воздействие на организм. В связи с болезнью суть лечебных гимнастических комплексов и способ их выполнения различны.

Физические спортивные занятия – это прогулки пешком, верхом, на лыжах, на велосипеде и прочие другие (используемые основным способом в домах отдыха и санаториях), обязаны являться строго дозированными в связи с состоянием здоровья, возраста, подготовленности, синоптических и иных условий, в которых они проводятся [3, с. 110].

Так же наиболее зачастую и обширно в практике лечебно-физической культуры в работе с ребенком используются игры, как вид развлечения. Они как форма лечебно-физической культуры характеризуются ярко проявленной заинтересованностью ребенка к действиям: присутствие интереса заставляет их осуществлять перемещения и прилагать усилия, от которых он как правило отказывается, мотивируя нежеланием либо болезненностью.

Однако также существуют и противопоказания к проведению мероприятий, связанных с лечебно-физической культурой, в основном:

- 1) Общее тяжелое состояние пациента;
- 2) Опасность возникновения внутреннего кровотечения;
- 3) Нестерпимая боль при выполнении физических нагрузок;
- 4) Острые стадии заболеваний (высокая температура, астматический приступ);
- 5) Злокачественные новообразования легких.

Если эластичность легочной ткани снижается, то для улучшения вентиляции легких применяются длительные процедуры выдыхания и помогают повысить физическую активность груди и диафрагмы.

Под воздействием дыхательных мышц наблюдается расширение груди в переднем, переднем и вертикальном направлениях при проведении специальных процедур в дыхательный период. Поскольку вентиляция осуществляется неравномерно, большинство дыхательных путей и диафрагм

питаются в более подвижных местах, прилегающих к легочной, лобной, наиболее плохо проветриваемых отделах вблизи легкого и корня легкого.

Стоит учесть, что при выполнении процедур в начальном положении (в горизонтальном положении на спине) усугубляется вентиляция в задних отделах легких, а в начальном положении в горизонтальном положении на боку практически исключаются движения нижних ребер.

Заметно, что неравномерность вентиляции легких в особенности выражается при болезнях органов дыхания, специализированные дыхательные упражнения необходимо использовать при необходимости усовершенствовать вентиляцию в различных зонах легких. Увеличение вентиляции верхушек легких достигается за счет глубокого дыхания без дополнительных перемещений руками в начальном состоянии руки на пояс.

Улучшение вентиляции задних отделов легких поддерживается усилением диафрагмального дыхания. Повышению поступления воздуха в нижние отделы легких способствуют упражнения в диафрагмальном дыхании, сопровождаемые подъемом головы, разведением плеч, подъемом рук в стороны либо вверх, разгибанием тела. Репарационные процедуры, повышающие вентиляцию легких, кроме того несущественно увеличивают потребление кислорода.

В лечебном использовании респираторных процедур следует принимать во внимание несколько закономерностей. Обычный выдох осуществляется при расслаблении мышц, производящих вдох, под воздействием силы тяжести грудной клетки.

Медлительный выдох происходит при динамической уступающей работе данных мышц. Вывод воздуха из легких в обоих вариантах обеспечивается в основном за счет эластических сил легочной ткани. Усиленный выдох происходит при сокращении мышц, производящих выдох.

Усиление выдоха - это перемещение головы вперед, уменьшение плеч, опускание рук, сгибание тела, поднятие ног вперед и т. д. при необходимости сохранение пораженных легких дыхательных упражнений производится в

начальных случаях, что ограничивает подвижность грудной клетки со стороны пациента (например, лежит на больной стороне) [6, с. 199].

С помощью дыхательных процессов можно произвольно изменить скорость дыхания. При произвольном замедлении частоты дыхания используются другие упражнения, которые снижают скорость воздуха и препятствуют прохождению через дыхательные пути.

Ускорение дыхания повышает скорость воздуха, но повышает сопротивляемость и напряжение дыхательных мышц. Чтобы усилить дыхание или выдох, необходимо в инструкции свободно менять пропорции времени между дыханием и выдохом в процессе дыхания (поэтому при усилении выдоха-увеличивать его продолжительность).

Терапевтическая и физическая подготовка также включает массаж, он служит в качестве лечения, профилактики, реабилитации после болезни и лечения, в сочетании с механическим, дозированным воздействием на различные части тела человека, производимые руками или специальными аппаратами массажиста. Для достижения положительного результата в массаже необходимо применять его методологию в зависимости от этиологии, патогенеза, клинических особенностей, функционального состояния центральной нервной системы, характера воздействия различных методов на человека [10, с. 67].

1.5. ЛФК при заболеваниях дыхательной системы

ЛФК при бронхиальной астме.

Терапевтическая технология физической культуры при бронхиальной астме должна строиться индивидуально, учитывая функциональное состояние сердечно - сосудистой и бронхо - пульмонологической системы, возраст пациента, серьезность его состояния, частоту приступов и т. д.

Первоначальное упражнение по лечебной гимнастике в горизонтальном положении с верхним концом кровати, сидя на стуле, опираясь на спину,

поможет расслабиться, лучше всего отправиться в путешествие по груди и снять выдох. Курс лечебной гимнастики в условиях стационара состоит из начальных, кратковременных (в течение 2-3 дней) и тренировочных периодов. К сложным процедурам относятся дыхательная гимнастика (простые и гласные звуки, согласные и шипящие буквы), простые гимнастические процедуры и массаж. Обучение углублению дыхания проводится с течением времени, для этого процедуры сначала проводятся при произношении звуков в течение 5-7 секунд., далее-30-40 секунд.

Специальные дыхательные процессы должны быть направлены на восстановление дыхания, глубокого дыхания и длительного выдоха. Первоначальные гимнастические процедуры включают сгибание и расширение, удаление и удаление, поворот конечностей и туловища, поворот вперед и в сторону. Все процедуры без исключения пациент должен повторять несколько раз в течение дня. Также рекомендуется проводить их при появлении предыдущих участников приступа астмы.

«Под воздействием физических упражнений нормализуется состояние основных нервных процессов — повышается возбудимость при усилении процессов торможения, развиваются тормозные реакции при патологически выраженной повышенной возбудимости. Физические упражнения формируют новый, динамический стереотип, что способствует уменьшению или исчезновению патологических проявлений». [10, с. 42].

Проблема учителя по лечебной физкультуре заключается в том, чтобы научить пациента поверхностному дыханию, глубоко вдохнуть в бронхиальные рецепторы, которые нервничают и вызывают спазм и спазм. При вдыхании пациент должен научиться задерживать дыхание в течение 4-5 секунд. при умеренном выдохе" успокаивают " рецепторы бронхиального дерева и снижают течение патологических импульсов в дыхательном центре. Поэтому после прекращения дыхания пациент не должен выполнять полное дыхание, только поверхностное. В этот период рекомендуется проводить межреберный, брюшной массаж и массаж груди, в том числе затылочно-плечевой области. И в

случае если эти мероприятия никак не убирают приступ, необходимо использовать фармацевтические препараты. То, что касается межприступного этапа, в таком случае в данный период пациент обязан в совершенстве освоить дыхание, то есть дышать поверхностно, со временем повышать период приостановки дыхания в умеренном выдохе, с целью удобства воспользоваться секундомером.

Такая лечебная гимнастика ведется под контролем спирографии, пневмотахометрии, динамической спирометрии. Если основные показатели функции наружного дыхания придут в норму, в обучение можно ввести и совокупность общеукрепляющих процедур, которые бы содействовали тренировке экстракардиальных факторов кровообращения, а кроме того увеличению мощности мышечных групп спины, ног и рук. Уже после 1-2 произведенных общеукрепляющих процедур должно следовать упражнение на расслабление.

Согласно аспектам, которые могут оценить переносимость нагрузки пациентов, частота атаки, ее длительность, количество и частота периода задержки дыхания в фармацевтических препаратах, артериальном давлении, частоте сердечных сокращений, скорости дыхания, среднем выдохе и дыхании, Генче и Штанге образцов используются.

Со временем я назначаю методы лечения, которые позволяют внешнему дыхательному аппарату адаптироваться к повышенной физической активности.

Выбор лечения и предупреждения приступов астмы является для каждого индивидуальным. Немедикаментозное лечение может стать методом выбора у больных с лекарственной аллергией, так как не дает побочных эффектов. В общем, практикой доказано, что чем раньше началось немедикаментозное лечение, тем оно эффективнее, поскольку в далеко зашедших случаях спазм бронхов невозможно устранить даже с помощью назначения гормональной терапии [8, с. 592].

ЛФК при плеврите.

Установка диафрагмы плеврита поддерживает активное участие плевры, способствует повышению подвижности груди и легких, а также развитию

экссудата и контрастности, но не способствует устранению плевральных кровоизлияний и гиповентиляции, области ателектазы и предотвращению их появления, создает условия для нормального газообмена.

Лечебная гимнастика обычно начинается с исходного положения в горизонтальном положении с нездоровой или здоровой стороны. Если экссудат в небольшом количестве, то в этом случае процедуру можно провести на полпути или сиденье. Если экссудат II-III достигает уровня ребер, исходное состояние на здоровой стороне не рекомендуется из-за риска замены медиастина.

На начальном этапе устанавливаются дыхательные процедуры, способствующие растяжению плевры. Если позиция пациента считается удовлетворительной и имеет положительную реакцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем на дополнительную нагрузку, то в этом случае изучение лечебной гимнастики может начаться после уменьшения острого процесса. Однако в процессе процедуры пациент может почувствовать нормальную боль, чувство напряжения и нагрузку на больную часть грудной клетки, но не тяжелую боль.

При выполнении дыхательных процессов необходимо обеспечить, чтобы дыхание углублялось одновременно с поднятием руки рядом с пациентом, поэтому в этом процессе наблюдается наиболее полное сокращение плевры, что способствует быстрому рассасыванию экссудата и распространению легких. Если количество экссудата уменьшается, пациент может порекомендовать лечение гимнастической палочкой, при глубоком дыхании выполнять легкий угол грудной клетки в здоровом направлении, пока не появится нормальная боль. Этот урок проводится каждые 30-60 минут, 4-5 раз до абсолютной потери экссудата.

В первые 2-4 дня жизни пациент со средним весом должен выполнять дыхательные упражнения 4-5 раз в день в течение 10-12 минут, кроме того, в зависимости от функционального состояния организма продолжительность занятий увеличивается до 14-16 минут.

Если пациент переводится в режим палатки, то в этом случае определяются физические процедуры, вызванные ранним проживанием и стоянием, руки больного поднимаются на голову или удерживаются на стадии дыхания. При здоровом задержанном дыхании мышцы тела способствуют хорошему распространению легкого больного и борьбе с болезненными и физиологическими ателектазами. Если боковая сторона руки, поднятая в нижних частях легких, более выражена, пациент может дышать, если он удерживает боковые стороны тела или поднимает противоположную руку во время дыхания. Все дыхательные процедуры, без исключения, должны со временем усиливать возбуждение и возбуждение.

ЛФК при бронхите и пневмонии.

Вред болезни - одна из недоразумений людей. Холодное заболевание, проведенное на ногах, имеет опасные последствия не только для большинства пациентов, но и для окружающих людей. К сожалению, на фоне простуды все возрастные группы населения имеют все возможности для формирования таких заболеваний, как бронхит (бронхиальное воспаление) и пневмония (пневмония), которые занимают одно из основных мест на частоте.

У каждого человека в носоглотке много бактерий, в том числе и возбудителей. Баланс, установленный между организмом хозяина и микроорганизмами, никоим образом не нарушается до тех пор, пока партия не придет к власти. Когда защитные силы организма падают (например, гипотермия, усталость, усталость и травма), микроорганизмы активизируют заболевание, называемое простудой в повседневной жизни. В таких случаях обычно поражаются дыхательные пути, в которых живут эти микроорганизмы и микробы. Это нос и носоглотка. При этом воздушный поток и лимфатические микроорганизмы попадают в нижние части дыхательной системы, поражающие бронхит.

Острый бронхит является распространенным острым воспалением трахеобронхиального дерева. Чаще всего он появляется на фоне острого ринита и ларингита. Болезнь начинается с сухого кашля, сидит за грудиной и

сопровождается ощущением слабости и слабости, затруднением дыхания и одышкой, болью в нижних отделах грудной клетки и брюшной стенке (при самой тяжелой форме заболевания). В некоторых случаях температура не повышается или увеличивается, но незначительно. Наиболее серьезные формы бронхита имеют токсико-химическую этиологию. Курение табака, дым, углекислый газ, окись азота и ингаляции, загрязненные другими химическими соединениями атмосферы, а также частое проветривание повторяют острый бронхит 2-3 раза в год. Кашель длится очень долго, в некоторых случаях до трех месяцев. Повышается одышка, на ночь потеет, состояние болит, и сразу же появляется усталость. Это показывает, что бронхит уже хронический [5, с. 98].

Восстановление и улучшение бронхиального пути-важный период лечения бронхита на этапах обострения и ремиссии. На этих этапах лечения применяются кашель, муколитические и бронх спазмолитические вещества. Диета при заболеваниях дыхательной системы должна быть питательной и витаминизированной.

Пневмония, а также бронхит, делится на острые и хронические. Острая пневмония, в свою очередь, делится на крупозные и очаговые (доли). Хроническая пневмония связана с повреждением межпозвоночных тканей легких и распространяется только в период обострения паренхимы легких.

Важную и важную роль в возникновении острой пневмонии играют вирусы и бактерии, химические и физические факторы (охлаждение, ожог, радиоактивное облучение).

Хроническая пневмония является следствием острой пневмонии. Длительная продолжительность острой пневмонии связана с иммунологическими заболеваниями, которые вызваны вторичной вирусной инфекцией (тонзиллитом, гайморитом и др.), бронхитом. [9, с. 30].

Очаговая пневмония - острое и хроническое воспаление верхних дыхательных путей, осложнения бронхов и бронхов у пациентов с тяжелыми, телесными заболеваниями или в послеоперационной полости.

Во время обострений заболевания (острой и хронической пневмонии) рекомендуется отдыхать в постели, поддерживать необходимую диету: уменьшается потребление соли, увеличивается количество витаминов, особенно А. С. значительно снижается заболеваемость и расширяется режим в период лечения и определяется лечебная и дыхательная гимнастика.

Дыхательные процедуры и терапевтическая гимнастика способствуют лучшему выходу мокроты, улучшению дыхания, вентиляции легких, сердечной деятельности и повышению эффективности лимфы и кровоснабжения легких.

Дыхательные процедуры выполняются при длительном выдохе, чтобы почувствовать необходимость дыхания, и с произношением при выдохе согласных и звуков. Во время выполнения всех процедур руки ложатся на грудь и слегка прижимаются, как массаж. Изначально, без исключения, все процедуры выполняются в горизонтальном положении. Если во время дыхания болит, то в этом случае дыхательные процедуры выполняются в горизонтальном положении на нездоровой стороне, чтобы активировать здоровую функцию легких.

Как сказал ученый, Ибн Сина, - «если вы занимаетесь физическими упражнениями, вам не нужно использовать лекарства, принимаемые при различных заболеваниях, если вы в то же время соблюдаете все другие рецепты нормального режима». [7, с. 147].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ И ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕЧЕБНО- ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

2.1. Методика исследования особенностей лечебно-физической культуры при заболеваниях дыхательной системы

В этом исследовании приняли участие 17 человек в возрасте от 18 до 65 лет, 9 мужчин и 8 женщин, которые были больными в отделе оториноларингологии ОГБУЗ «Белгородской областной клинической больницы Святителя Иоасафа».

В этом анкетировании проводился опрос с 11 вопросами закрытого и открытого типа для заполнения её пациентами.

Это исследование было проведено для того, чтобы изучить, как лечебная физическая культура может помочь пациентам с заболеваниями дыхательной системы. Пациентам необходимо было заполнить анкету (анонимно), ознакомиться с вопросами, рассмотреть или подчеркнуть данный ответ, который лучше отражает их точку зрения.

Информация о тесте использовалась только в обобщенном варианте. Содержание одиночных анкет не раскрывалось.

Мнение пациентов особенно важно в процессе исследования, поскольку эта информация позволяет лучше изучить более распространенные заболевания дыхательной системы в процессе исследования, а также улучшить состояние больных этим заболеванием дыхательной системы с помощью лечебной физической культуры в целом.

Обработка результатов проводилась по каждому вопросу анкеты.

2.1. Результаты собственного исследования роли и значения лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхательной системы

Целью этого исследования является изучение использования лечебно-физической культуры у пациентов с заболеваниями дыхательной системы, факторов риска, которые могут оказать негативное влияние на проведение лечебно-физической культуры, и изучение лечебно-физической культуры у пациентов с заболеваниями дыхательной системы.

Анализ возрастной структуры респондентов позволил определить наиболее предрасположенные к заболеваниям органов дыхательной системы возрастные группы – это от 18 до 25 лет - 13%; от 26 до 35 лет – 25%; от 36 до 45 лет – 25%; от 46 до 55 лет – 13%; и старше 55 лет – 24% (Рис. 1).

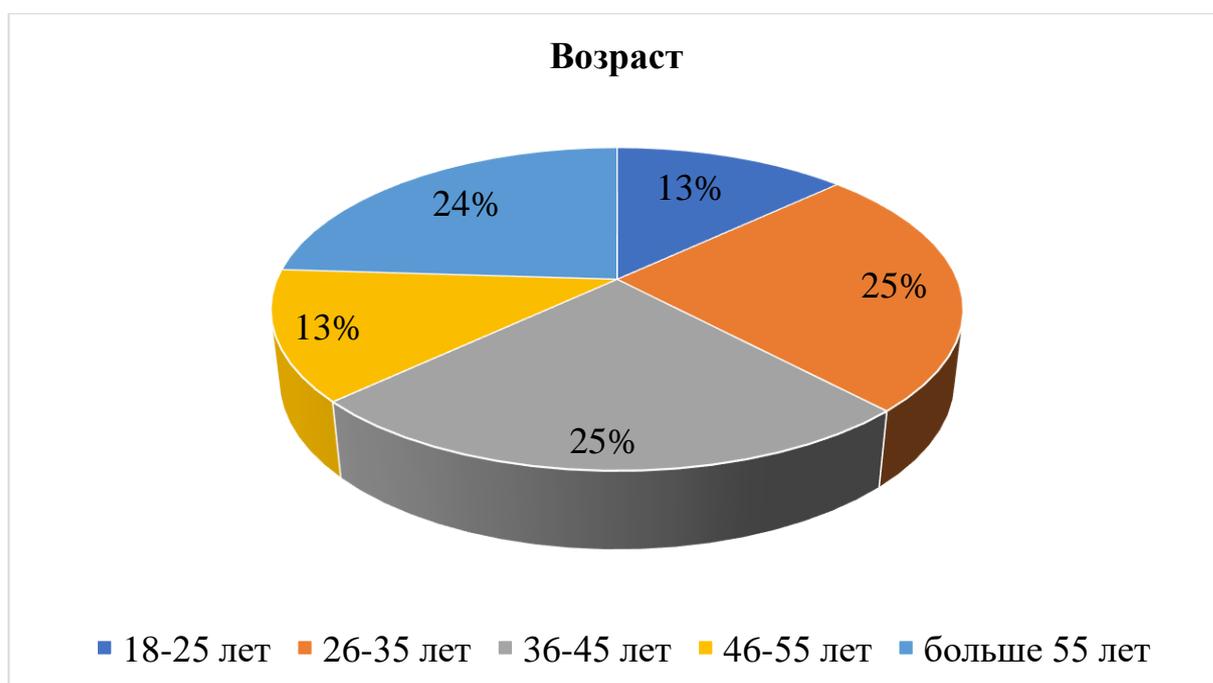


Рис. 1. Распределение по возрасту

Распределение по полу среди опрашиваемых пациентов: мужчины - 53%; женщины – 47% (Рис. 2).

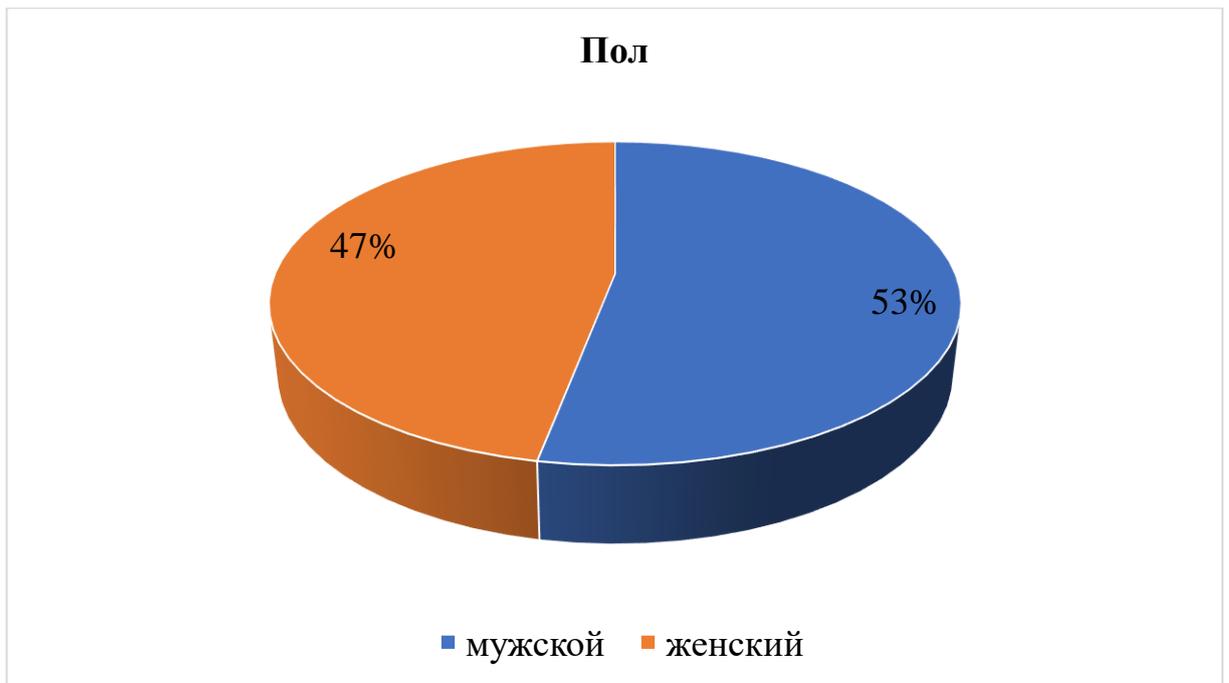


Рис. 2. Распределение по полу

По месту проживания респонденты разделились следующим образом: 67% респондентов проживают в городе, а 33% - в сельской местности (Рис. 3).

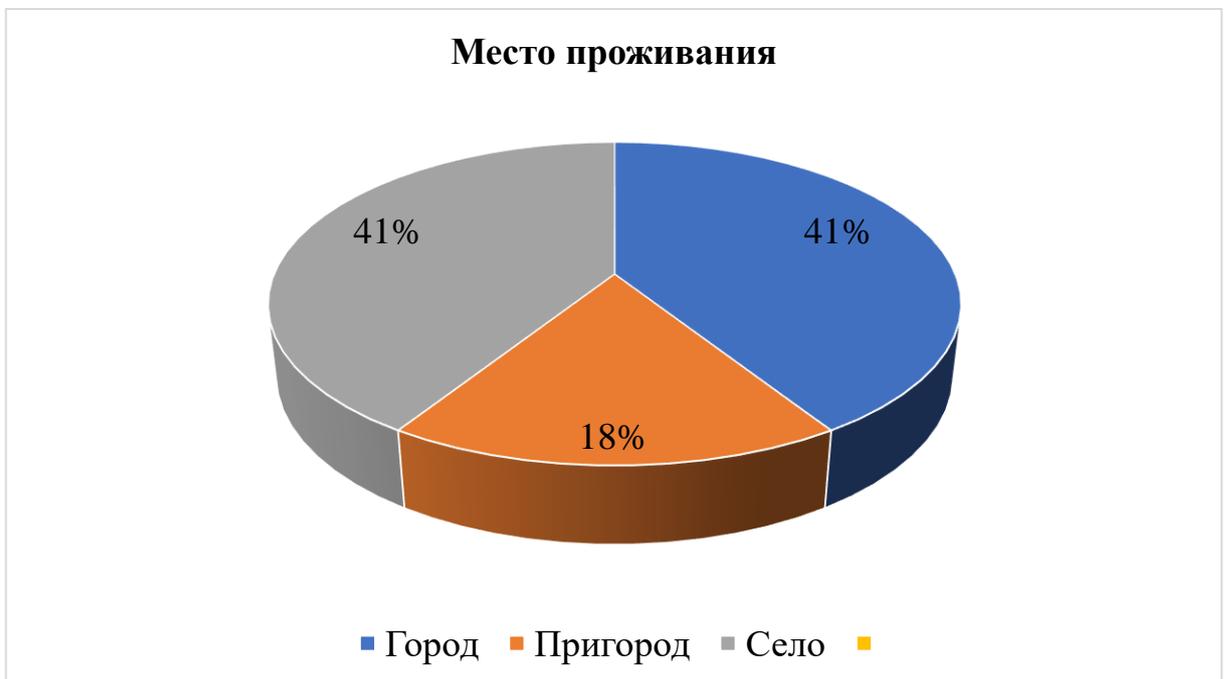


Рис. 3. Место проживания

Знания о лечебно-физической культуре у респондентов показали, что 82% знают, и 18% респондентов не знают, что это такое, и что она из себя представляет (Рис. 4).

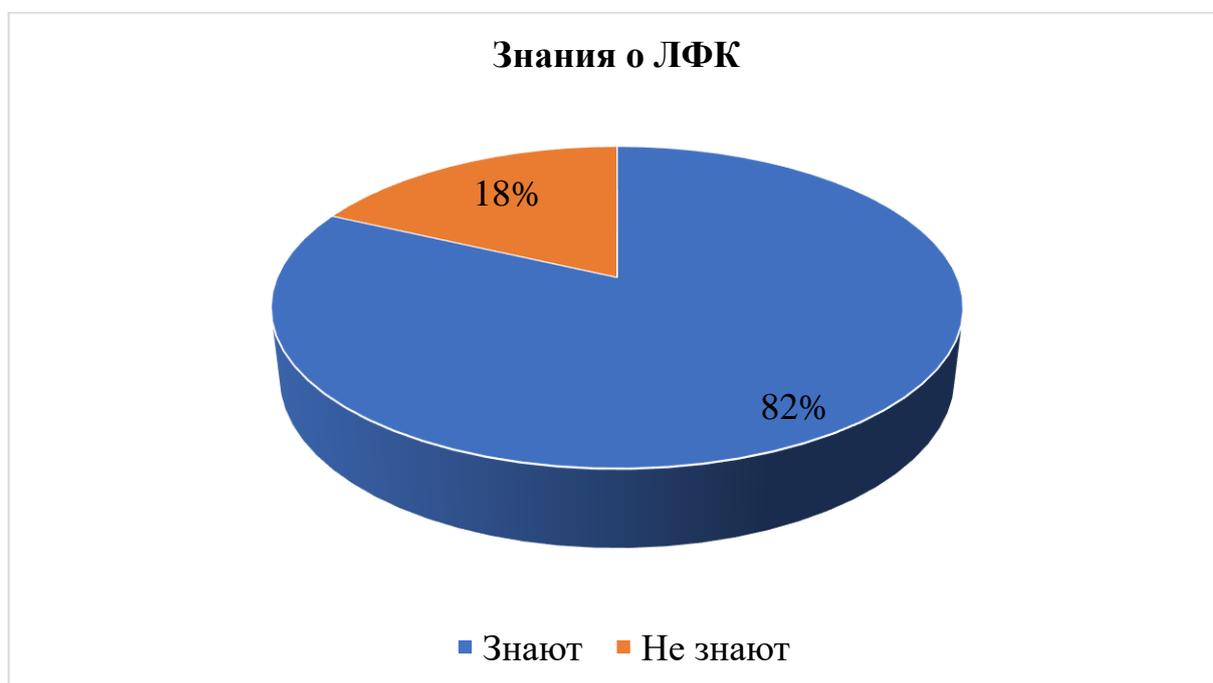


Рис. 4. Знания респондентов о ЛФК

Присутствие физических нагрузок у респондентов показало, что у 25 % они присутствуют, у 41% отсутствуют, и у 35% иногда (Рис. 5).

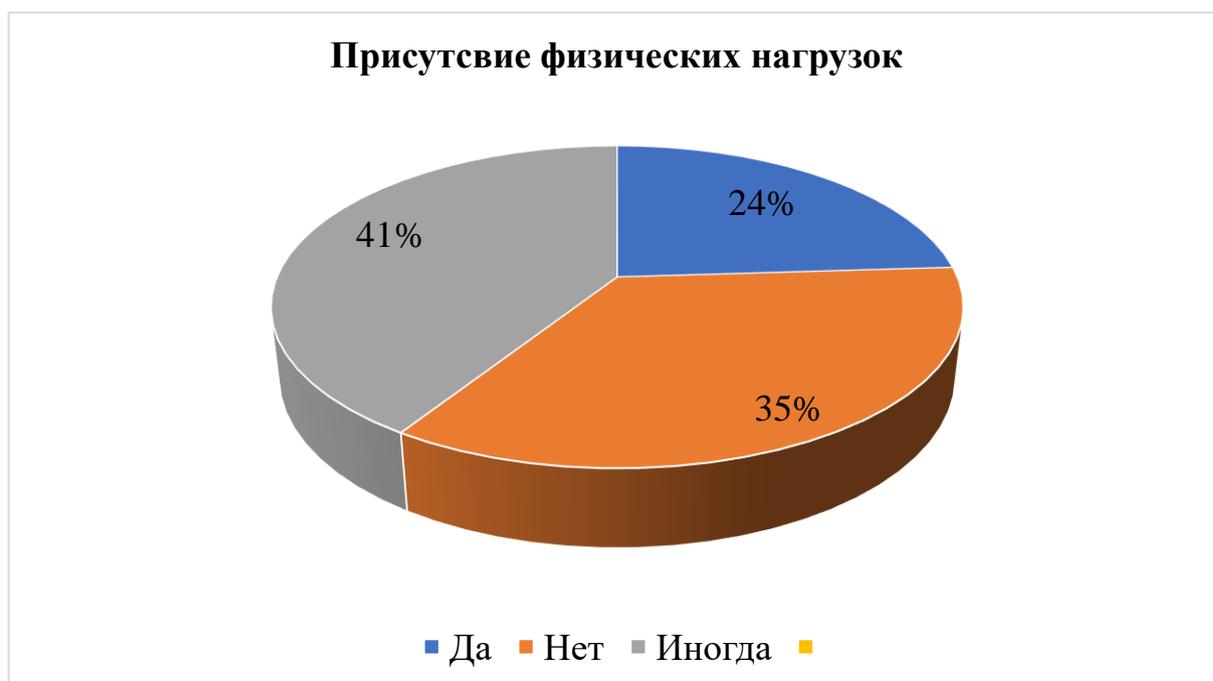


Рис. 5. Присутствие физических нагрузок у респондентов

Вредные привычки: курение и алкоголь показало, что 55% всех респондентов курят, 10 % иногда, и 35% вообще не курят; что касается вредной привычки – алкоголя, то здесь результаты были следующие: 40% выпивают, 50% иногда, и 10% вообще не употребляют (Рис. 6); (Рис. 7).

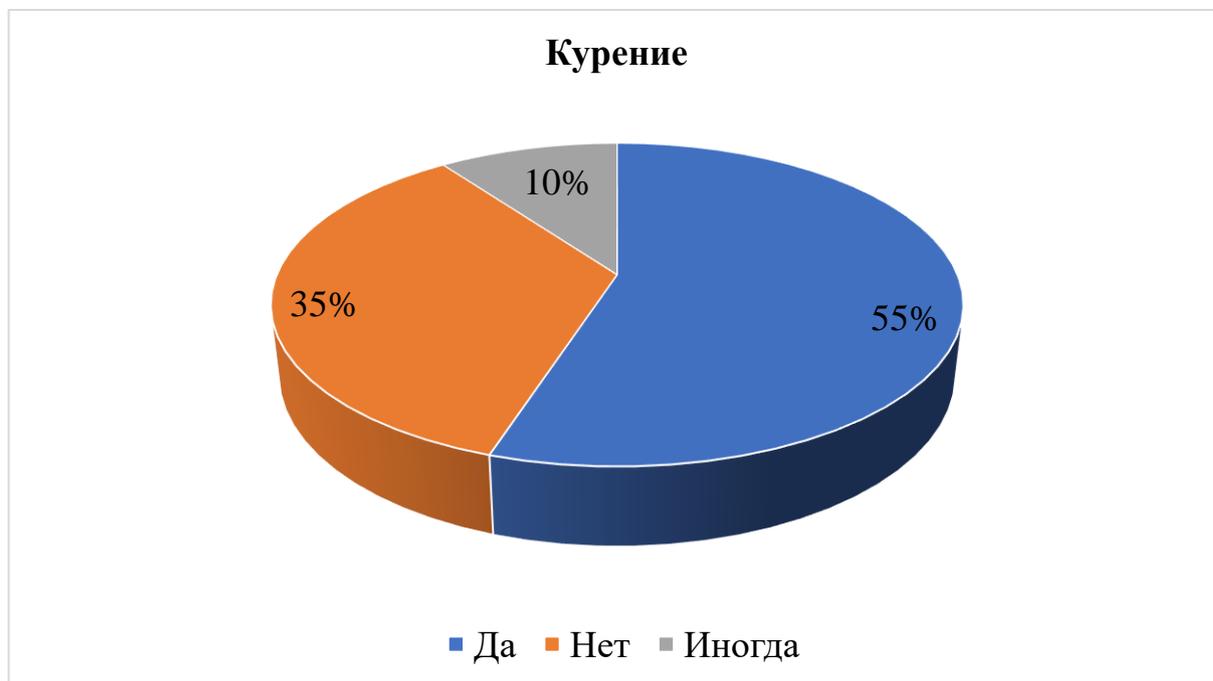


Рис. 6. Курение респондентов

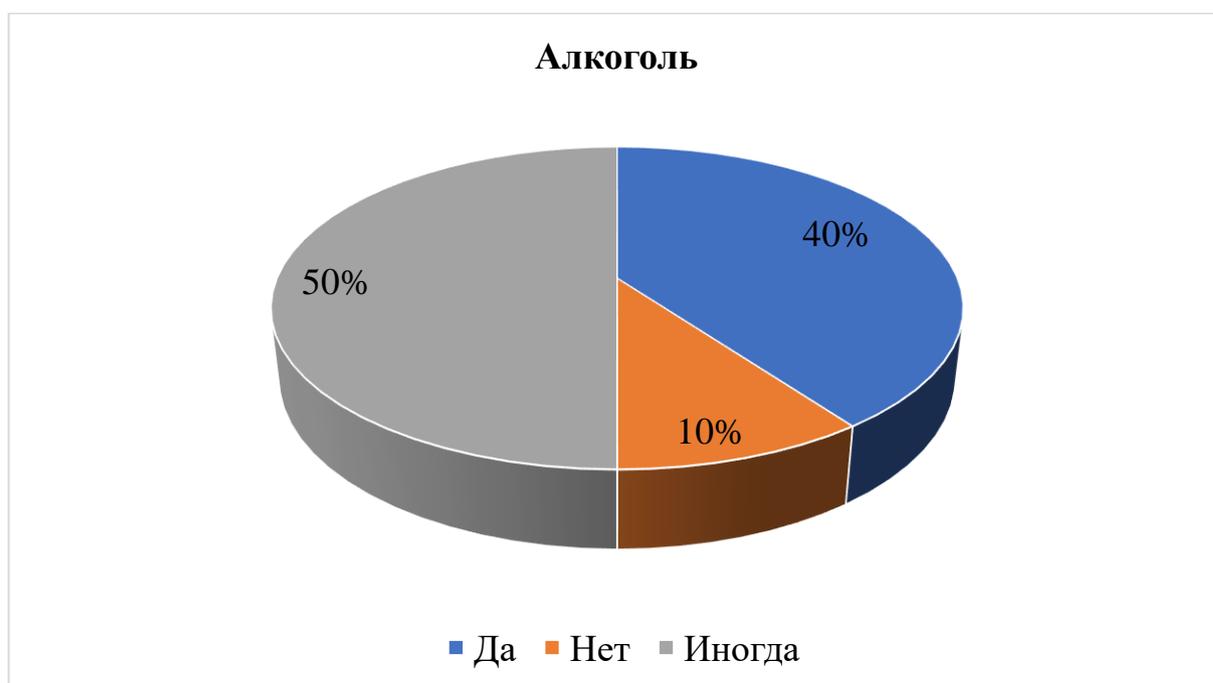


Рис. 7. Употребление алкоголя

Прогулки на свежем воздухе, как показывает статистика респондентов, 35% - присутствуют всегда, 23% - отсутствуют, и 42% - иногда (Рис. 8).

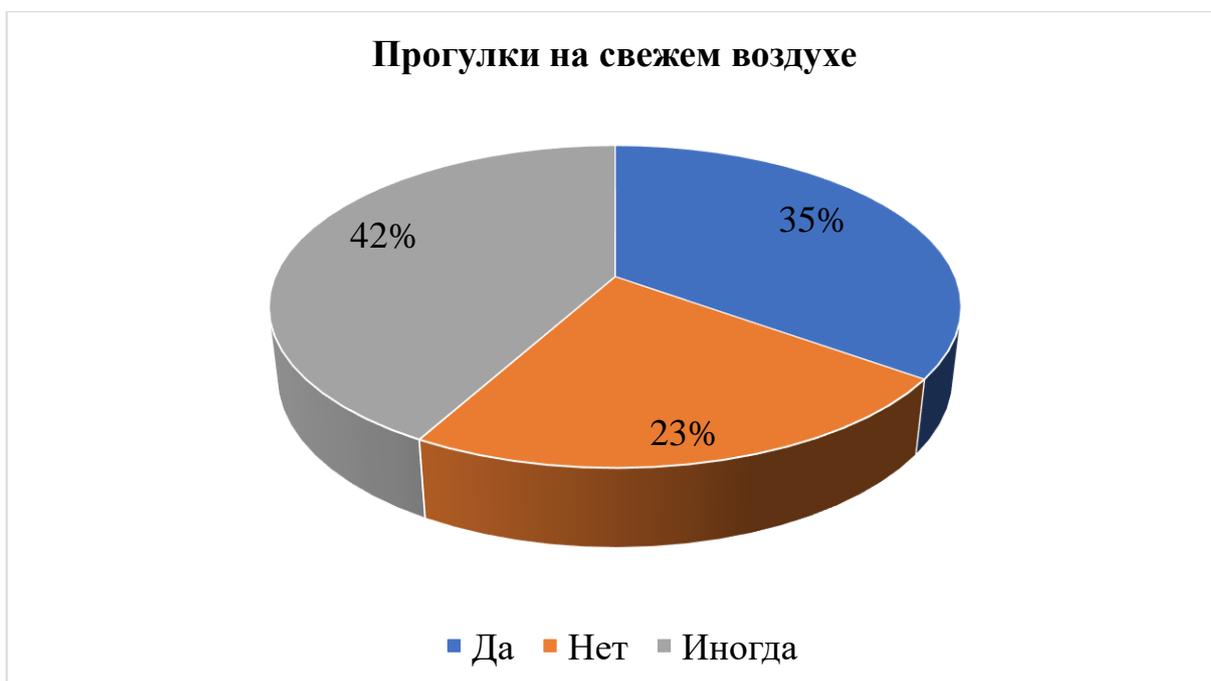


Рис. 8. Прогулки на свежем воздухе

По нижеперечисленной статистике респондентов, частота заболеваемости органов дыхания составляет: 36% - болеют более двух раз в год, 47% - 2 раза в год, и 17% - 1 раз в год (Рис. 9).

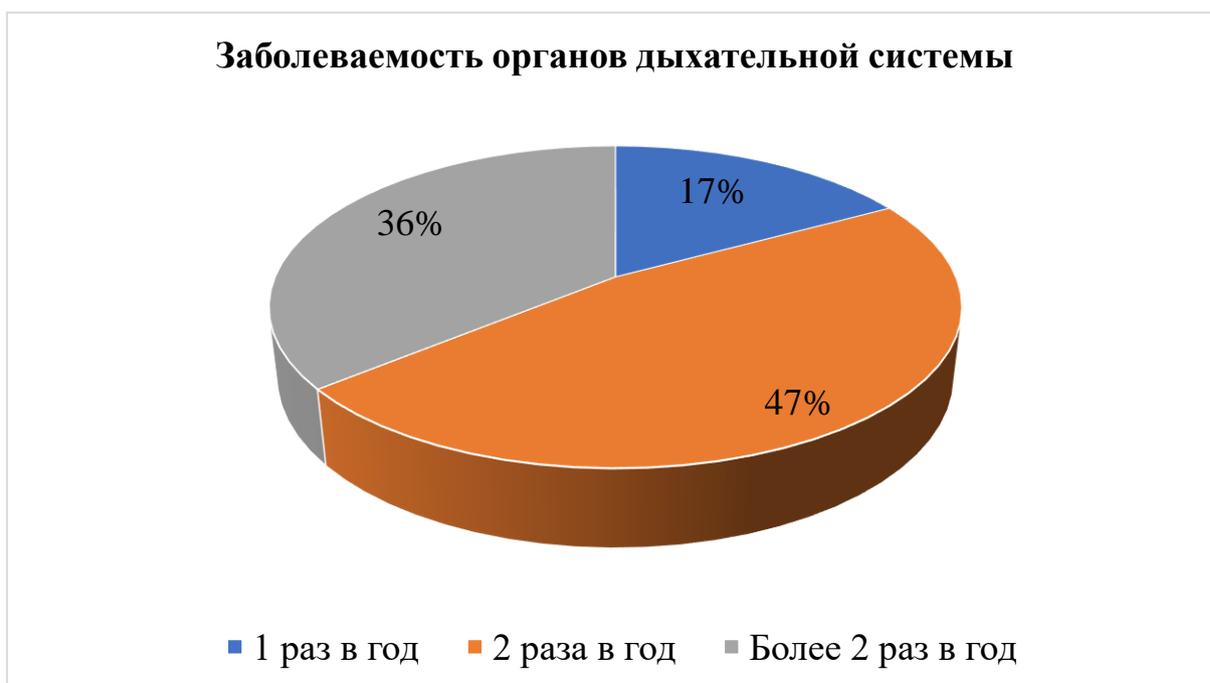


Рис. 9. Заболеваемость органов дыхательной системы

Удовлетворенность сестринским уходом показывает, что 70% довольны сестринским уходом, 17% - недовольны, и 13% иногда довольны (Рис. 10).

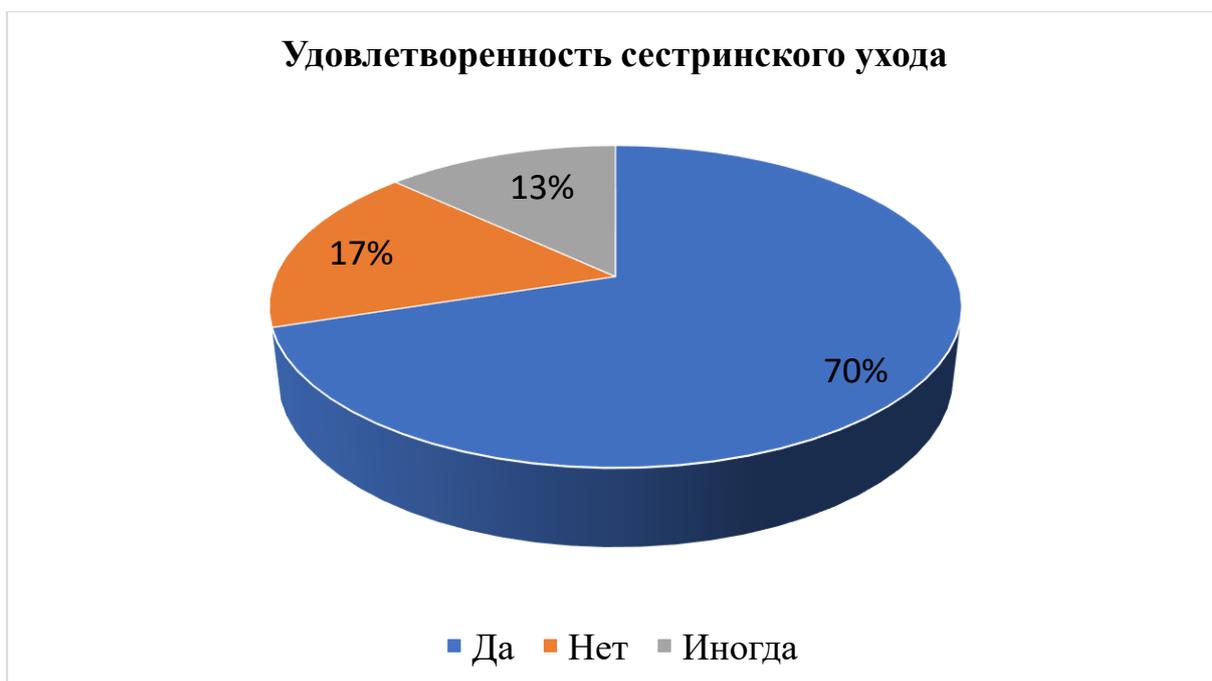


Рис. 10. Удовлетворенность сестринским уходом при стационарном лечении

Достаточно ли информации о применении лечебно-физической культуры респонденты получают из общедоступных источников, итог был следующим.

71% респондентов недостаточно получают информации, а 29% респондентов получают необходимую им информацию о ЛФК (Рис. 11).

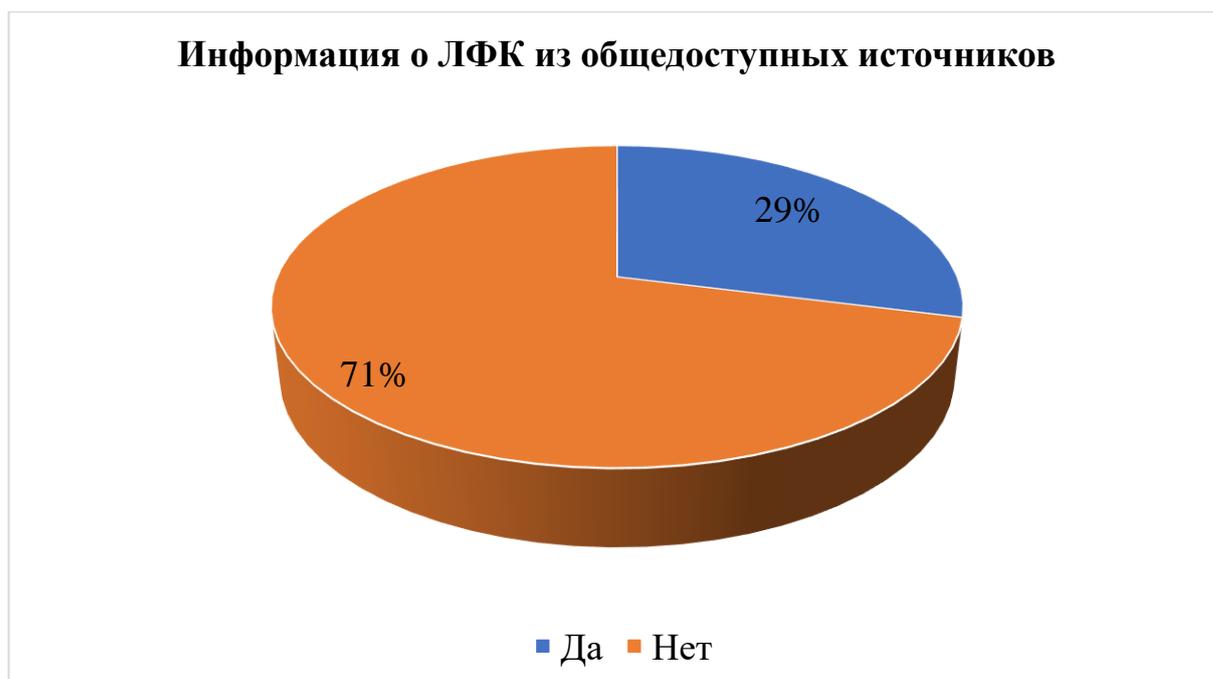


Рис. 11. Информация о ЛФК из общедоступных источников

Помощь лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхания, как считают респонденты: 65% - помогает, 24% - возможно, и 11% - не помогает (Рис. 12).



Рис. 12. Помощь лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхательной системы

Выводы: Анализ литературных источников показал, что болезни дыхательной системы хорошо лечатся с помощью и физической культуры, а также снижают риск осложнений этих заболеваний и улучшают общее состояние здоровья, которое способствует хорошему и быстрому восстановлению организма.

Ученые выяснили, что на развитие заболеваний дыхательной системы влияют внешние факторы окружающей среды, а также отсутствие физической культуры и наличие вредных привычек. Эти факторы тесно связаны друг с другом. Например, длительное вдыхание вредных для организма веществ способствует развитию заболеваний дыхательной системы человека и приводит к серьезным последствиям в будущем, одним из таких последствий является склонность к заболеваниям. При этом у людей могут возникнуть и другие заболевания дыхательной системы – бронхит, бронхиолит, пневмонит и др.

Разумеется, что наличие одного или нескольких таких факторов не означает, что этот человек обязательно заболеет. Но при дополнительном воздействии внешних факторов возможность заболеваний органов дыхания у людей значительно повышается. Анализ возрастной структуры респондентов позволил определить наиболее предрасположенные к развитию заболеваний органов дыхательной системы возрастные группы – это в основном пациенты от 26 до 35 лет – 25% и от 36 до 45 лет – 25%; в 53% случаев – мужчины, проживающие в городе – 67%, в своей квартире 76%. Выявлено следующее отношение к вредным привычкам: не курят всего лишь – 35%; делают это «иногда» – 10%; алкоголь употребляют – 40%, и делают это «иногда» – 50%;

Показано, что дыхательную гимнастику не делают - 78%, стационарное лечение во время обострения проходили 54% опрошенных. Знания о лечебно-физической культуре у респондентов показали, что 82% знают, и 18% респондентов не знают, что это такое, и что она из себя представляет. Удовлетворенность сестринским уходом во время стационарного лечения отметили – 70%.

Видно, что присутствие физических нагрузок у респондентов показало, что у 25 % они присутствуют, у 41% отсутствуют, и у 35% «иногда»; Выявлено, что прогулки на свежем воздухе у респондентов также присутствуют, 35% - всегда бывают на свежем воздухе, 23% - отсутствуют, и 42% - «иногда». По статистике респондентов выявлено, что частота заболеваемости органов дыхания составляет: 36% - болят более двух раз в год, 47% - 2 раза в год, и 17% - 1 раз в год.

Проведен опрос достаточно ли информации о применении лечебно-физической культуры респонденты получают из общедоступных источников, и итог был следующим: 71% респондентов недостаточно получают информации, а 29% респондентов получают необходимую им информацию о лечебно-физической культуре. Помощь лечебно-физической культуры при заболеваниях органов дыхания, как считают респонденты: 65% - помогает, 24 % - возможно, и 11% - не помогает.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По статистике, в 2019 году лидирующие позиции занимают болезни дыхательной системы, общая заболеваемость, по официальным статистическим данным, составила около 278 145 тысяч. люди. а это только в Белгородской области, в России этот показатель намного выше, и занимает первое место по всем заболеваниям в мире, заболеваниям дыхательной системы приходится 53% населения всего мира. Ученые всего мира рекомендуют заниматься активным образом жизни, чтобы снизить заболеваемость дыхательной системы, включать в себя физическую активность, которая занимает более 50% успеха в предотвращении этих заболеваний, а также минимизировать их риск, проводить много времени на свежем воздухе и отказываться от вредных привычек. как алкоголь, так и курение. Кроме того, знание факторов риска, способствующих развитию заболеваний дыхательной системы, особенности организации и осуществления ухода значительно облегчают развитие болезни и в некоторых случаях препятствуют возникновению заболевания и его осложнений.

Завершая итоги нашего исследования можно дать следующие рекомендации насчет лечебно-физической культуры пациентам, у которых присутствуют заболевания органов дыхательной системы или же свести к минимуму их появление — это в основном пациенты от 26 до 45 лет, мужчины, имеющие вредные привычки и ведущие малоподвижный образ жизни.

Давать им рекомендации, исключить вредные привычки, такие как алкоголь и курение; вести активный образ жизни, включить туда умеренные физические нагрузки, которые будут оказывать благоприятное воздействие на дыхательную систему и организм в целом; чаще бывать на свежем воздухе; получать необходимую информацию из общедоступных источников предварительно проанализировав её.

Рекомендовать родственникам и медицинским работникам более широко информировать население через средства массовой информации о факторах

риска развития заболеваний дыхательной системы. Учет особенностей ухода за больными - тщательный сбор анамнеза, создание комфорта и комфортного психологического состояния, организация подготовки пациента и его родственников к медицинским и физическим навыкам. Чтобы предотвратить осложнения, улучшить санитарно-просветительскую работу окружающей среды пациентов с заболеваниями дыхательной системы и их родственников, и улучшить уровень и качество их жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Артамонова, Л.Л. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура / Л.Л. Артамонова, О.П. Панфилов, В.В. Борисова. – Москва : Владос-Пресс, 2018. - 777 с.
2. Болезни органов дыхания: клиника и лечение [Текст] / Н.И. Александрова, А.А. Алифанов, А.В. Богданова [и др.] – Санкт-Петербург : Лань, 2015. - 255 с.
3. Вайнер, Э.Н. Лечебная физическая культура [Текст] / Э.Н. Вайнер. - М.: КноРус, 2017. - 480 с.
4. Косарев, В.В. Профессиональные заболевания органов дыхания [Текст] : учебное пособие / В.В. Косарев, С.А. Бабанов. – Москва : Инфра-М, 2015. - 112 с.
5. Николайчук, Л.В. Лечение заболеваний органов дыхания [Текст] / Л.В. Николайчук. – Москва : Современная школа, 2016. - 320 с.
6. Попов, С.Н. Лечебная физическая культура: [Текст] / С.Н. Попов, Н.М. Валеев и др. - М.: Советский спорт, 2014. - 416 с.
7. Розенштраух, Л.С. [Текст] : руководство для врачей : в 2 т. / Л.С. Розенштраух, М.Г. Виннер – Москва : Медицина, 2015. – Т. 1 : Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения. - 526 с.
8. Трухан, Д.И. Болезни органов дыхания [Текст] : учебное пособие / Д.И. Трухан, И.А. Викторова. – Москва : СпецЛит, 2017. - 176 с.
9. Федюкович, Н.И. Анатомия и физиология человека: учебник / Н.И. Федюкович. — Ростов-на-Дону : Феникс, 2015. — 510 с.
10. Физическая и реабилитационная медицина [Текст] : национальное руководство / под ред. Г.Н. Пономаренко – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 688 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНКЕТА**Применение лечебно-физической культуры при заболеваниях дыхательной системы.**

Данное анкетирование проводится с целью помощи и применению лечебно-физической культуры при заболеваниях дыхательной системы.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит узнать, как лечебно-физическая культура помогает улучшить состояние здоровья при заболеваниях дыхательной системы и узнать применяют ли ее пациенты вообще.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

Возраст ____.

Пол:

- а) мужской;
- б) женский.

Место проживания:

- а) город;
- б) пригород;
- в) село.

Знаете ли вы что такое лечебно-физическая культура:

- а) да;
- б) нет.

Присутствие физических нагрузок:

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

Вредные привычки:

1) Курение:

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

2) Алкоголь:

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

7. Прогулки на свежем воздухе:

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

8. Частота заболеваемости органов дыхания:

- а) 1 раз в год;
- б) 2 раза в год;
- в) более 2 раз в год.

9. Удовлетворенность сестринским уходом при стационарном лечении:

- а) да;
- б) нет;
- в) иногда.

10. Достаточно ли информации о применении лечебно-физической культуры вы получаете из общедоступных источников:

- а) да;
- б) нет.

11. Как вы считаете помогает лечебно-физическая культура в профилактике заболеваний органов дыхания:

- а) да;
- б) нет;
- в) возможно.