

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК сестринского дела**

**ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

**Дипломная работа студентки**

**очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051505  
Топуновой Валерии Витальевны**

Научный руководитель  
преподаватель Колченко Е.Б.

Рецензент  
Заведующая терапевтическим отделением  
ОГБУЗ «Городская больница №2  
г. Белгорода»  
Стефанова М.С.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ.....	6
1.1. Определение, классификация, этиология, клиническая картина пиелонефрита.....	6
1.2. Диагностика, лечение, особенности сестринского ухода при пиелонефрите.....	13
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ.....	26
2.1. Методика исследования .....	26
2.2. Социологическое исследование проблем пациентов с пиелонефритом.....	26
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	38
ПРИЛОЖЕНИЕ .....	40

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы.** Заболевания почек в настоящее время занимают ведущее место в структуре инфекций мочевых путей и регистрируются более чем у 2,2 млн. человек в России ежегодно. Одной из самых тяжелых форм инфекций мочевых путей является острый пиелонефрит.

Актуальность проблемы острого пиелонефрита характеризуется прогрессивным ростом заболеваемости населения, с преимущественным поражением людей трудоспособного возраста, прежде всего женщин, а также возрастанием случаев хронизации процесса.

Так, в настоящее время у 10,0% - 30,0% пациентов с острым пиелонефритом отмечается рецидивирование инфекции после стандартного курса терапии. Высокая частота рецидивов после лечения, переход заболевания в хроническую форму побуждают к расширению подхода по изучению этиологической структуры заболевания.

Не обращая внимания на огромную распространённость болезни, его диагностика остаётся достаточно трудной и не всякий разрешённой задачей. В том числе и в специализированных стационарах верный диагноз устанавливается больше чем в 50% случаев. Пиелонефрит встречается у женщин до 5 раз чаще, чем у мужчин, в прочем в пожилом возрасте начинает доминировать у мужского населения, собственно связано с развитием гиперплазии предстательной железы.

Особенное место занимает старческий пиелонефрит. Его частота нарастает с любым десятилетием жизни, достигая к 80 годам 45% у мужчин и 40% у женщин.

К сожалению, пиелонефрит остается одним из трудно диагностируемых заболеваний. «По данным некоторых авторов, диагноз пиелонефрита не устанавливается в 80% случаев, а количество ошибочных диагнозов колеблется

в пределах 30–50 %» [2, с.217].

Это объясняется тем, что все чаще в клинической картине начального периода острого пиелонефрита преобладают общие симптомы над местными, что ведет к диагностическим ошибкам и несвоевременному началу лечения. «Вследствие этого течение острого пиелонефрита значительно утяжеляется» [4, с.144].

**Цель исследования:** изучение общих и профессиональных компетенций медицинской сестры, повышение эффективности сестринского ухода в решении проблем пациентов при пиелонефрите.

**Задачи исследования:**

1. По данной проблеме провести анализ литературных источников.
2. Выявить факторы риска развития пиелонефрита.
3. Определить влияние профессиональной деятельности медицинской сестры в решении проблем пациента.
4. Провести анкетирование по заболеваемости пиелонефритом у пациентов.
5. Проанализировать полученные результаты исследования.

**Объект исследования:** пациенты с пиелонефритом нефрологического отделения ОГБУЗ «Областной клинической больницы имени Святителя Иоасафа».

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность медицинской сестры в решении проблем пациентов с пиелонефритом.

**Методы исследования:**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологические (анкетирование, интервьюирование);
- статистические – статическая обработка информационного массива.

**Теоретическая значимость:** выявление факторов риска, мероприятий по профилактике, клинических проявлений пиелонефрита у пациентов, а также изучение проблем пациента в целях оказания необходимой квалификационной сестринской помощи.

**Практическая значимость:** был проведен комплексный анализ сестринского ухода при пиелонефрите на базе ОГБУЗ «Областной клинической больницы имени Святителя Иоасафа». Доказано влияние деятельности среднего медицинского персонала на течение пиелонефрита.

**База исследования:** нефрологическое отделение ОГБУЗ «Областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа».

**Структура работы:** Данная работа представлена на 43 страницах, имеет список использованных источников, который включает 10 наименований и 15 рисунков.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

## 1.1. Определение, классификация, этиология, клиническая картина пиелонефрита

Пиелонефрит - воспалительное заболевание почки или почек, неспецифического инфекционного происхождения с обязательным поражением чашечно-лоханочной системы и последующим распространением процесса на сосуды и клубочки.

Заболевание может протекать в двух формах: острой и хронической. «Первая наиболее опасна, так как в большинстве случаев пиелонефрит протекает в виде тяжелого инфекционного заболевания с общей интоксикацией организма» [9, с.433].

Инфицирование почек может происходить через кровоток из других органов, поэтому при анализе анамнеза учитывают наличие гнойных абсцессов в других органах (тонзиллит, фурункулы, гайморит, кариес, мастит, цистит и другие) и перенесенные недавно инфекционные болезни (грипп, ОРВИ, ангина, пневмония, кишечные инфекции и прочие). «Чаще всего причиной заболевания являются кишечная и синегнойная палочка, энтерококк, протей, стафилококк» [3, с.151].

Хроническая форма заболевания практически всегда является результатом острого пиелонефрита при отсутствии адекватной терапии в течение 2 месяцев после появления первых симптомов.

Предрасполагающими факторами для формирования хронического пиелонефрита являются:

- авитаминоз;
- переутомление и высокие физические нагрузки;
- переохлаждение;

- наличие других инфекционных заболеваний;
- болезни нарушенного обмена веществ (сахарный диабет, ожирение).

Возбудителями пиелонефрита являются инфекционные агенты неспецифической природы: кишечная палочка, энтерококк, стафилококк и другие бактерии, однако в большинстве случаев речь идет о кишечной палочке (40%) и смешанной флоре (38%).

Главным повреждающим фактором пиелонефрита является развитие воспалительных процессов в ткани чашечно-лоханочной системы. «Существует три основных механизма проникновения инфекции в мочеполовой тракт: через кровь, лимфатическую жидкость или же отверстие уретры» [2, с.185]. После проникновения в организм возбудитель мигрирует с током крови, лимфы или по мочеиспускательному каналу, постепенно достигая почечной лоханки.

Микробы заносятся в почки восходящим путем из мочеоточников, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала (урогенный восходящий пиелонефрит), которому способствуют дискинезия мочеоточников и лоханки, повышение внутрилоханочного давления (везикоренальный и пиелоренальный рефлюксы), а также обратное всасывание содержимого лоханок в вены мозгового вещества почек (пиеловенозный рефлюкс).

«Восходящий пиелонефрит, как правило, осложняет те заболевания мочевыделительной системы, при которых затруднен отток мочи (камни и стриктуры мочеоточников, структуры мочеиспускательного канала, опухоли мочеполовой системы), поэтому он часто развивается и во время беременности» [9, с.213].

Возможен и лимфогенный занос инфекции в почки (лимфогенный пиелонефрит), когда источником инфекции являются толстая кишка и половые органы.

Для развития пиелонефрита, помимо проникновения инфекции в почки, большое значение имеют реактивность организма и ряд местных причин, обуславливающих нарушение оттока мочи и мочевой стаз.

Этими же причинами объясняется возможность рецидивирующего

хронического течения болезни.

Как известно, в основе патогенеза хронического пиелонефрита лежит проникновение в организм человека бактериальной либо вирусной микрофлоры. Она может быть представлена стафилококком, стрептококком, клебсиеллой, протеем, кишечной и синегнойной палочкой, а также вирусами Коксаки, гриппа и парагриппа. Эти возбудители приспособлены к выживанию в различных средах организма, что делает их особенно опасными для человека. Считается, что сам пиелонефрит не является генетически запрограммированным заболеванием и не передаётся по наследству. «Однако выявлена зависимость между предрасположенностью людей, чьи родители страдали от почечных недугов, и частотой развития у них воспаления чашечно-лоханочной системы» [6, с.87].

С течением времени бактерии начинают размножаться в почках, выделяя токсины и разрушающие органеллы и клетки вещества. Развивается отёк тканей, приводящий к сдавлению крупнокалиберных и мелких сосудов, в результате чего формируются участки омертвения, в которых орган не получает кислорода и питательных компонентов. Воспаление усиливается из-за привлечения в очаг клеток иммунной системы, чья деятельность не только устраняет бактерии, но и оказывает повреждающее действие на сами почки. «После стихания активной фазы на месте отмерших участков постепенно разрастается соединительная ткань» [9, с.93]. Она во многом деформирует и изменяет вещество почек, а в особенно тяжёлых случаях даже образует соединительнотканые перетяжки и рубцы. Всё это приводит к тому, что пострадавший орган начинает работать гораздо хуже, и с течением времени у пациентов развивается почечная недостаточность.

Переходу острого пиелонефрита в хронический способствуют: запоздалая диагностика острого пиелонефрита, несвоевременная госпитализация, наличие хронических инфекций, сахарного диабета, подагры, злоупотребление анальгетиками - фенацетином.

Врожденные факторы, влияющие на развитие хронического



пиелонефрита:

- первичный иммунный дефицит;
- аномалии развития органов мочеполовой системы (удвоение или отсутствие почек, слишком широкие лоханки, неправильное расположение мочеочника, мочевого пузыря или уретры);
- наследственная предрасположенность к развитию воспалительных заболеваний почечной лоханки;
- гиперчувствительность к вирусной и бактериальной флоре;
- заболевания соединительной ткани;
- нарушения обмена веществ (сахарный диабет, подагра);
- инфекционные заболевания (ВИЧ, туберкулёз), передавшиеся во время родов и беременности от матери к плоду;
- склонность к развитию аллергических реакций;
- пороки формирования эндокринных желёз.

Приобретенные факторы, влияющие на развитие хронического пиелонефрита:

- частые переохлаждения;
- постоянная смена климатических и часовых поясов;
- работа на вредном производстве с ненормированным рабочим днём;
- контакт с ядовитыми химическими веществами;
- злокачественные новообразования мочеполовой системы и органов малого таза;
- кисты почечной лоханки;
- травматические повреждения поясницы;
- перенесённая химиотерапия;
- недавние операции на органах малого таза;

«Хронический пиелонефрит чаще встречается у женщин (50%), чему способствуют беременности, особенно повторные (эстрогены вызывают атонию гладких мышц мочевых путей)» [2, с.48], в детском возрасте у девочек, что связано со строением мочевыводящих путей и их аномалиями.

Классификация хронического пиелонефрита по локализации поражения:

- двусторонний;
- преобладающим поражением левой почки;
- с преобладающим поражением правой почки;
- с равномерным нарушением функции обоих органов;
- односторонний;
- левосторонний;
- правосторонний.

Деление заболевания по морфологическим формам:

1. Обструктивный пиелонефрит характеризуется нарушением нормального пассажа мочи по уrogenитальному тракту. Во многом это происходит за счёт образования соединительнотканых перетяжек и спаек в почечном веществе.

2. Калькулёзная форма названа так из-за сочетания симптоматики хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью. Во время этого недуга у пациентки развиваются камни в чашечно-лоханочной системе, которые могут иметь самые различные размеры и формы.

3. Интерстициальный пиелонефрит поражает основное вещество почки и нарушает её структуру, что негативно сказывается на функциях фильтрации и реабсорбции.

4. Дисметаболическая форма развивается в результате нарушения поступления питательных веществ и богатой кислородом крови к области лоханок и чашечек.

Классификация по особенностям прогрессирования:

- стремительный (обострение развивается через несколько часов после действия раздражающего фактора);
- вялотекущий (практически не имеется выраженных симптомов патологии).

Деление хронического пиелонефрита в зависимости от стадии воспалительных изменений:

1. Альтерация — повреждение клеток почек с помощью бактериальных агентов и биологических веществ, выделяемых лимфоцитами иммунной системы.

2. Экссудация — миграция жидкости из сосудистого просвета артерий, вен и лимфатических капилляров в окружающую среду, что вызывает массивный отёк.

3. Пролиферация — разрастание вещества соединительной ткани в области поражения почек.

Клиническая картина.

Признаки воспалительного процесса могут отличаться в зависимости от формы болезни. Они могут отличаться по симптоматике и переходить из одной стадии в другую.

Острый пиелонефрит у взрослых характеризуется наличием сильного воспалительного процесса в почках. При нём происходит активное размножение возбудителя, что сопровождается ответной реакцией со стороны иммунной системы. Она проявляется следующими симптомами:

- Повышение температуры тела до 40°C. Температура может подниматься ближе к вечеру, а утром быть в пределах нормы.

- Озноб;

- Общая слабость;

- Потливость;

- Мигрень;

- Тошнота, рвота;

- Острая боль в пояснице;

По локализации боли можно судить о том, поражена одна почка или обе. Боль имеет тупой ноющий характер. Интенсивность проявлений болевого синдрома может различаться. Острая боль характерна для мочекаменной болезни [9, с.48].

При развитии нагноения может наблюдаться ухудшение состояния пациента. «Если же лечение не было оказано в полной мере, а при купировании

воспалительного процесса не был полностью уничтожен возбудитель, патология переходит в хроническую форму» [4, с.163].

Симптомы пиелонефрита в хронической форме отличаются своей стёртостью. Нередко он развивается без стадии обострения. Обострение хронического пиелонефрита возможно по двум основным причинам:

- снижение уровня иммунитета, влекущее за собой повышение активности возбудителей;
- вторичная инфекция, которая вызывает воспаление.

Обострение пиелонефрита характеризуется проявлениями острой формы болезни.

Вне стадии обострения о наличии патогенов в почках могут свидетельствовать такие признаки:

- повышенная утомляемость;
- недомогание;
- слабость;
- отёчность;
- частые мочеиспускания;
- изменение цвета мочи при пиелонефрите на более тёмный;
- появление осадка;
- запах мочи при пиелонефрите становится резким;
- повышение артериального давления;
- тахикардия.

Острый пиелонефрит наблюдается у 2,5% беременных, что связано со снижением тонуса мочевыводящих путей вследствие гормональной перестройки организма. Чаще заболевание наблюдается во второй половине беременности, когда уровень гормонов наиболее высок. Повышенный уровень гормонов, воздействуя на органы мочеполовой системы беременной, приводит к нарушению оттока мочи, ее обратному забросу и застою с развитием патогенных микроорганизмов. «Также развитию пиелонефрита способствует ослабленный во время беременности иммунитет» [9, с.21]. При появлении

симптомов острого пиелонефрита и назначении лечения прогноз, как правило, благоприятный. Наоборот, хронический пиелонефрит обычно требует искусственного прерывания беременности, методы которого зависят от срока беременности.

## **1.2. Диагностика, лечение, особенности сестринского ухода при пиелонефрите**

Проблема диагностики заболевания связана с тем, что симптомы пиелонефрита идентичны с симптомами других заболеваний, образующихся вследствие воспаления мочевыводящих путей.

Пиелонефрит в хронической стадии довольно часто может протекать с неявно выраженной клинической картиной. Это обуславливает множественные трудности в постановке верного диагноза в первые несколько часов после поступления пациента в стационар или при обращении в поликлинику. Именно поэтому прибегают к использованию лабораторных и инструментальных методов исследования, обеспечивающих наибольшую точность и достоверность.

С чем приходится дифференцировать хронический пиелонефрит:

- гломерулонефритом;
- циститом;
- уретритом;
- воспалением шейки матки, яичников и труб;
- внематочной беременностью;
- злокачественными и доброкачественными новообразованиями почек;
- мочекаменной болезнью;
- аппендицитом;
- прободной язвой;
- приступом почечной колики;

- обострением гастрита или язвенной болезни желудка.

Для определения заболевания большое значение имеют лабораторные и специальные методы исследования.

При хроническом пиелонефрите решающими, а иногда и единственными проявлениями являются изменения со стороны мочи, крови и мочевыводящих путей.

Общий анализ крови позволяет определить уровень основных клеточных элементов и белков. «При пиелонефрите будет увеличено количество лейкоцитов, лимфоцитов, моноцитов и макрофагов, в то время как уровень красных кровяных телец и гемоглобина существенно снизится» [7, с.213].

В общем анализе мочи обычно наблюдается ряд серьёзных нарушений, напрямую связанных с развитием воспалительного процесса в почках. Цвет урины изменится с соломенно-жёлтого на багровый, тёмно-красный или даже алый. Также она будет более мутная, возможно и появление крупных кровяных сгустков и песка. При исследовании клеточного состава мочи наблюдается повышенное количество эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров и эпителиальных клеток, чего в норме быть не должно.

В крови отмечаются, лейкоцитоз, увеличенная СОЭ, нейтрофильный сдвиг, возможно повышение уровня остаточного азота (при норме 20 - 40 мг), мочевины (норма 40 - 60 мг), креатинина (норма 53 - 106 мкмоль/л), индикана (норма 1,41 - 3,76 мкмоль/л), холестерина (норма 180 - 200 мг), хлоридов крови (норма 83 ммоль/л). Наблюдаются изменения со стороны мочи: снижение удельного веса, протеинурии (в том числе суточной), гематурии и цилиндрурии.

Однако большое диагностическое значение приобретают методы определения форменных элементов осадка мочи: Каковского - Аддиса (в норме лейкоцитов до 4 млн эритроцитов - до 1 млн, цилиндров - до 2 тыс. за 24 ч), Амбюрже (в норме лейкоцитов до 2000, эритроцитов - до 1400, цилиндров - до 20 за 1 мин), Нечипоренко (в норме лейкоцитов до 2500, эритроцитов - до 1000, цилиндров - до 20 в 1 мл свежесобранной мочи).

## Инструментальные методы исследования

К сожалению, лабораторные анализы не способны оценить состояние мочевыделительной системы организма в целом. «Чтобы получить информацию об уровнях поражения и вовлечённости обеих почек в воспалительный процесс, необходимо прибегнуть к другим методикам» [7, с.141].

Урография — метод рентгеновской диагностики, основанный на введении через уретру или вену в организм человека контрастного препарата. Проходя по мочевым путям, он окрашивает все внутренние структуры урогенитального тракта, что можно увидеть в процессе создания специальных снимков с помощью рентгеновского аппарата. Так врачи могут определить локализацию поражения и наличие камней.

Ультразвуковое исследование основано на способности звуковой волны по-разному реагировать на изменение состояния и консистенции внутренних органов. Так на экране появляется чёрно-серое изображение почечных лоханок, где можно определить участки воспаления.

Магнитно-резонансная диагностика - крайне дорогой, но высокоэффективный метод, использование которого показано в особенно сложных случаях. Он позволяет увидеть человеческое тело со всех сторон, создавая масштабное трёхмерное изображение.

Большую значимость в диагностике хронического пиелонефрита играют рентгенологические методы исследования: обзорная рентгенография и томография (определяют состояние, величину и конфигурацию почек), экскреторная и ретроградная пиелография (снижение концентрационной и выделительной способности почек, спазмы, аномалии, деформации лоханок, чашечек), пневмопиелография (с целью определения нечетких камешков), почечная ангиография (выявляет нарушение сосудистой архитектоники — артерий и вен).

«Для определения сохранности функции, и паренхимы почек, особенно при одностороннем процессе, применяют радиоиндикационные методы» [5,

с.154] - ренография (гиппураном йод 131) и сканография (с помощью неогидрида Hg 203).

Пункционная биопсия в случае пиелонефрита в связи с очаговостью процесса может не дать информации. О поражении почек может свидетельствовать хромоцистоскопия.

Лечение.

После первичного обращения к нефрологу и постановки правильного диагноза немедленно начинается основной курс терапии. Он направлен на ослабление приступа и снижение частоты обострений. Помимо лекарственных препаратов, обязательно назначают курс специальных физиотерапевтических процедур.

К основным принципам терапии относят:

- уменьшение отёчности тканей и органов;
- снижение интенсивности болевого синдрома;
- уничтожение бактерии или вируса, вызывавшего обострение - хронического пиелонефрита;
- нормализацию артериального давления;
- ликвидацию воспаления;
- предотвращение избыточного разрастания соединительной ткани;
- активацию обменных процессов организма;
- стимуляцию собственных клеток иммунной системы на борьбу с возбудителем инфекции;
- минимизацию риска развития вторичных гнойных и негнойных осложнений;
- стабилизацию кислотно-щелочного и водно-электролитного балансов;
- витаминизацию организма.

Чаще всего терапия пиелонефрита консервативная, однако при гнойном характере острого пиелонефрита, возможно, потребуются оперативное вмешательство. «Консервативное лечение складывается из режима, диеты, применения антибиотиков, а также различных препаратов, стабилизирующих



функцию почек и организма больного в целом» [6, с.214].

При остром пиелонефрите показан строгий постельный режим. В питание должны присутствовать продукты, содержащие оптимальное количество белков, жиров и углеводов.

В острый период необходимо чередовать белковую и растительную пищу. При выраженной интоксикации необходимо обильное питье.

Сразу при поступлении назначаются антибиотик, сульфаниламидный либо нитрофурановый препарат. Через 1 - 10 суток препараты меняют, лечение проводят до устойчивого исчезновения лейкоцитурии и бактериурии. Как только обострение ликвидировано, проводят в течение 4 - 5 месяцев прерывистое лечение одним из антибактериальных средств: препарат дают 7 суток, затем делают перерыв на 8 - 10 суток, или препарат дают 10 суток с интервалом в 15 - 20 суток, или препарат дают 15 суток, интервал делают на 15 суток, затем назначают вновь противомикробную терапию.

Длительность лечения и промежутков определяется клиническими симптомами и лабораторным контролем. Следует указать, что при пиелонефрите, развившемся у больного хроническим тонзиллитом, наиболее эффективны антибиотики пенициллинового ряда, при инфекции гениталий у представителей сильного пола и девушек используются антибиотики широкого спектра действия.

При наличии грамотрицательной флоры хорошие результаты дает лечение налидиксовой кислотой (неграм, невивграмон - 1,0 г по 4 раза в сутки в течение 7 дней, но ее препараты следует назначать реже, чем другие средства (в 2 раза). Из сульфаниламидных препаратов применяются этазол (1,0 г по 4 раза - 10 дней), солафур (0,1 г 3 раза), сульфаниламиды пролонгированного действия. Также курсами проводят лечение фуразолидоном, фурадонином, фурагином (0,1 г 4 раза в день).

Необходимо подчеркнуть, что до начала лечения следует определить функцию почек.

Длительную антибактериальную терапию следует проводить при

клубочковой фильтрации не ниже 30 мл/мин или же при содержании остаточного азота в сыворотке крови не более 70 мг. Показателем эффективности препарата после недельного лечения является снижение микробного числа до 10 000 в 1 мл мочи.

Уменьшить вирулентность микрофлоры и увеличить эффективность антибактериальных средств можно путем изменения реакции мочи каждые 10-14 дней.

Уменьшить реакции рН помогают ощелачивающая пища, лимоннокислый натрий (10 г в сутки), щелочные минеральные воды.

Некоторым антибактериальным действием обладает бензойнокислый натрий (4–6 г в сутки), которого много в клюкве и толокнянке.

«Патогенетическая терапия должна быть направлена на повышение реактивности организма, улучшение оттока мочи, нормализацию артериального давления» [6, с.173].

Для активизации иммунобиологической реактивности применяют глобулин, аутогемотерапию, переливание крови, вакцинотерапию (лечение аутовакциной проводят на протяжении 30 - 40 дней по 0,1 мл подкожно или по 0,2 - 0,3 мл через каждые 2 дня), стафилококковый анатоксин (0,1 - 0,3 - 0,5 - 0,7 - 1,0 - 1,2 - 1,7 - 2,0 мл через каждые 3 дня).

Нормализовать отток мочи помогают мочегонные травы (толокнянка, плоды можжевельника, полевой хвощ, лист ортосифона – почечный чай, лист брусники), спазмолитики (папаверин, но-шпа и др.). При наличии препятствия току мочи показано оперативное лечение.

При сопутствующей заболеванию гипертензии показаны препараты раувольфии - изобарин, допегит, гемитон, салуретики, антагонисты альдостерона.

Осложнения.

При неправильном или несвоевременном лечении острого пиелонефрита может возникнуть хроническая форма заболевания.

Также, к основным осложнениям пиелонефрита относят:

- развитие кист почек;
- почечную недостаточность;
- уремическую кому;
- интоксикацию собственными продуктами обмена веществ;
- цистит;
- уретрит;
- воспалительные заболевания матки и придатков;
- гипертоническую болезнь и симптоматическую артериальную гипертензию;
- нарушения обмена веществ;
- гнойно-некротические процессы в почках и околопочечной клетчатке;
- флегмоны и абсцессы органов малого таза;
- невынашивание беременности;
- выкидыши и мертворождения;
- внутриутробное инфицирование плода.

«Хронический процесс также более чем опасен – патология постепенно приводит к развитию хронической почечной недостаточности» [9, с.125]. Наиболее подвержены развитию осложнений беременные и женщины, имеющие сопутствующие заболевания.

Профилактика пиелонефрита складывается из первичных и вторичных мероприятий. К первичной профилактике можно отнести, прежде всего, лечение заболеваний, которые могут привести к развитию пиелонефрита: очаговых инфекций, урологических заболеваний (таких как мочекаменная болезнь, аденома простаты, а также любые заболевания, сопровождающиеся нарушением оттока мочи из почки), оздоровительные мероприятия.

Вторичная профилактика включает выявление бактериурии при профилактических осмотрах (например, беременным женщинам необходимо не реже 1 раза в месяц проводить бактериологический анализ мочи), назначение противорецидивного лечения: первая неделя каждого месяца - пауза в лечении: отвар шиповника, вторая, третья неделя - растительные диуретики и

антисептики, четвертая неделя - антибактериальные средства (нитрофураны, антибиотики, антисептики, 1 раз в год - неvigрамон 1,0 г 4 раза в течение недели и 2 г - в течение второй недели, или 5-НОК 100 - 150 мг 4 раза в день 10 - 12 дней).

Противорецидивное лечение проводится 2 - 3 года. Диспансерные осмотры с лечением должны доводиться 3 - 4 раза в год или 4 - 6 раз.

Уход за больным пиелонефритом и обязанности медсестры. Сестринский процесс включает в себя помощь по обеспечению полностью щадящего режима пациента, его организма и почек, а также выполнение следующего:

- Строгий контроль постельного режима.
- Неотложная помощь до прибытия врача.
- Обязательно нужно следить, чтоб пациент во время лихорадки не вставал с кровати.

- Больному может понадобится судно, также для облегчения симптомов используется грелка, которую кладут на спину или живот.

- Строгое выполнение указаний врача.

- При болезни у взрослых или детей, нужно отметить, что в комнатах, где они находятся, должно быть тепло. При необходимости одевают тёплую одежду, чтобы не было переохлаждения при проветривании.

Для избегания ухудшения состояния или побочных эффектов при лечении нужно следить за:

- измерять температуру 2 раза в день;
- контролировать характер и частоту мочеиспускания;
- следить за суточным диурезом.

Если состояние пациента ухудшается, нужно срочно отменить лекарства и сообщить лечащему врачу. При эффективном уходе можно избежать осложнения и предупредить негативную реакцию организма на лечение. Оценка работы медицинского сотрудника.

Если все пункты плана были соблюдены во время сестринского ухода, то выздоровление происходит в указанные сроки. Пациента выписывают в более

хорошем состоянии и ставят под наблюдение к нефрологу в поликлинику по прописке. Нужно и в домашних условиях соблюдать режим питания и другие рекомендации. Регулярный осмотр и сдача анализов благотворно повлияет на дальнейшее выздоровление.

#### Стадии сестринского процесса при пиелонефрите

Терапия проводится в стационаре, и в обязанности медицинских сестер входит:

- ухаживать за пациентом, обеспечить его обильным питьем;
- контролировать температуру тела;
- следить за соблюдением режима и рекомендаций врача.

Если речь идет о пожилom человеке, то медицинская сестра должна обеспечить пациенту доступ к судну. Персонал следит за прогрессом болезни, выполнением рекомендации врача. Участвует в постановке капельниц или проведении инъекций. Сестра должна сообщать врачу о любых ухудшениях в самочувствии пациента, вести график температур, проводить сбор анализов. Эффективная работа медицинской сестры делится на несколько этапов. По проделыванию всей работы можно оценить общую эффективность ухода за больным.

Оказываемая медицинской сестрой помощь включает:

- замена судна у пациентов разных возрастов;
- оповещение родственников о том, что нужно менять бельё, тем более если есть недержание мочи;
- специалист должен обеспечить тишину - обследуемый спит обычно по режиму: с 23 вечера до 7 утра.

Сестринская помощь, при наличии данной болезни у пожилых, включает в себя некоторые особенности. Из-за возраста или проблем после перенесённых заболеваний, человеку бывает сложно объяснить, что именно болит, поэтому медицинская сестра должна чаще контролировать состояние по внешним признакам и помогать врачу. Ещё она должна регистрировать все изменения через диагностику. В этом случае медицинская сестра выполняет следующие

функции:

1. Беседа с родителем, родственником (если возможно, то с самим пациентом).
2. Оказание помощи в проведении гигиенических мероприятий помощь при принятии ванны людям старшего возраста, при выяснении потребностей больного медсестра сразу должна знать к кому и когда прийти на выручку. Обеспечивать организацию и контроль над соблюдением диеты и приемом пищи. Диета прописывается как при остром, так и при хроническом пиелонефрите. Работник медицинского учреждения должен составлять меню, учитывая потребности больницы и бюджет. Результатом деятельности является контроль качества еды.

Если отсутствуют отеки и повышенное давление, то диета практически такая же, как при обычном повседневном питании. В ежедневный рацион рекомендуется включать молочные и кисломолочные продукты, овощи и фрукты, с большим содержанием витаминов С, Р, В, углеводистую пищу (мучные блюда), а также арбуз, дыню, тыкву. Можно есть блюда из отварного мяса, рыбы, яиц (вареных и в омлете).

При пиелонефрите запрещены острые блюда. Рекомендуется ежедневное потребление питья не менее 2-3 л (соки, компоты, минеральная вода, кисель). Очень полезны морс, отвары и соки из клюквы и брусники (по 2 - 4 стакана каждый день), так как они оказывают на мочевыводящую систему противовоспалительный эффект. Если нарушено выведение мочи и имеется сердечная недостаточность, то обильное питье больным противопоказано.

При тяжелом двустороннем воспалении почек и повышенном давлении следует ограничить потребление соли до 4 г/сутки.

Больным рекомендуется в течение 2-3 дней соблюдать диету с употреблением подкисляющих продуктов (мучные блюда, яйца, мясо), с чередованием щелочной еды (овощи, молочные продукты, фрукты). Это создает неблагоприятную среду в мочевыводящей системе для патогенных микроорганизмов.

При госпитализации пациент нуждается в профессиональном уходе, рассмотрим этапы и эффективность сестринского процесса при пиелонефрите. Это заболевание распространенное, диагностируется как у детей, так и у взрослых. Чаще всего от него страдают: люди со сниженным статусом иммунной системы; пожилые люди; маленькие пациенты 6-7 лет; женщины в период вынашивания ребенка. Воспаление может выступать в качестве осложнения бактериальной инфекции, при этом не играет роли, где именно находится «очаг» воспаления (в бронхах, легких или ротовой полости). Пиелонефрит нередко обусловлен наличием в органах мочевыделительной системы камней. Конкременты раздражают почку, вызывая ее воспаление.

Взаимодействия сестры и врача.

Сестринский процесс заключается в полном следовании указаниям доктора. Кроме того, работник должен самостоятельно дозировать лекарства в необходимых для лечения дозах (установленных врачом). Также, медицинский работник должен осуществлять контроль явки больного на проведение тех или иных процедур, манипуляций и предварительно инструктировать о ходе проведения, помогая подготавливаться к ним. В обязанности сестры входит полное согласование с врачом всех значительных изменений при приёме лекарственных средств.

Сбор информации о пациенте.

После выполненной диагностики врач назначает лечение пациента. Сестра должна подробно ознакомиться с картой больного, видом и классификацией пиелонефрита, для дальнейшего ухода. Необходимо опросить пациента о том, что именно его беспокоит, симптомы и побочное воздействие от заболевания: изменения в моче, перенесенные заболевания, возможные аллергии и непереносимости, опросить родственников для выяснения деталей. При необходимости нужно назначить дополнительные анализы, для более четкой картины.

Важно уточнить у родственников и у пациента, кого держать в курсе того, что происходит во время лечения. Сам больной или его родные могут вносить

пожелания и просьбы по мере терапии.

Выяснение проблем пациента с пиелонефритом: из-за интоксикации, или воспаления могут присутствовать тошнота и рвота, озноб и высокая температура, сильная боль в голове и усталость, отсутствие аппетита, боль в пояснице, животе или в области мочеиспускательных каналов, частые и безрезультатные позывы в туалет, мутная моча с хлопьями.

Для медицинской сестры особенно важно следить за всеми симптомами больного, так как пиелонефрит при осложнениях может перейти с острой формы в хроническую и закончится почечной недостаточностью. План и реализация ухода цели медицинской сестры - это способствовать к быстрому выздоровлению человека, который обратился за помощью и не допустить осложнений.

После диагностики и сбора всей информации, сестра должна обозначить график приема лекарств, процедур, приема правильной пищи и следить за выполнением всех предписаний.

Формирование комфортных условий.

Человеку, который лежит в больнице необходим комфорт, важно чтоб медицинская сестра учла пожелания, про дополнительную подушку или одеяло, или по возможности о кровати возле окна. Также в палате должна быть тумбочка и шкаф для личных вещей. Обязательные условия это: контроль за регулярным проветриванием и уборкой палаты, частая смена постельного белья, тишина и покой. Сон и отдых еще один важный аспект быстрого выздоровления.

Выполнять назначения врача, Доктор обходит пациентов чаще всего только раз в день, утром. При этом он дает указания медицинской сестре, а именно:

- введение антибиотиков регулярно по времени;
- прием уросептиков в назначенной дозе;
- сдача всех анализов;
- подготовка к УЗИ, рентгену или других методов диагностики.



Обязательно нужно провести беседу о возможных побочных эффектах лекарственных препаратов. Обеспечивать динамическое наблюдение за реакцией на терапию.

При эффективном уходе можно избежать осложнения и предупредить негативную реакцию организма на лечение.

Оценка работы медицинского сотрудника.

Если все пункты плана были соблюдены во время сестринского ухода, то выздоровление происходит в указанные сроки. Пациента выписывают в более хорошем состоянии и ставят на диспансерный учет к нефрологу в поликлинику.

Медицинская сестра должна проинформировать о необходимости и в домашних условиях соблюдать режим питания и другие рекомендации. Регулярный осмотр и сдача анализов благотворно повлияет на дальнейшее выздоровление.

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ**

### **2.1. Методика исследования**

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». Были опрошены пациенты нефрологического отделения. Общее число опрошенных – 34 человека, средний возраст которых составил - 48 лет.

Испытуемым была предложена анкета, состоящая из 16 вопросов (Приложение). Было получено добровольное согласие анкетированных на исследование, с обязательным пояснением целей проводимого анкетирования.

Пациенты должны были самостоятельно отвечать на поставленные вопросы, выбирая один из предложенных вариантов ответа.

Обработка результатов проводилась с помощью прикладных программ Microsoft Office по каждому вопросу анкеты с использованием расчета среднего значения, вычисления процентного соотношения.

### **2.2. Социологическое исследование проблем пациентов с пиелонефритом**

Исследование было направлено на выявление проблем пациентов, определение их потребностей, мероприятий, проводимых респондентами и медицинскими сестрами в ходе сестринского процесса, результативность сестринского ухода.

В анкетировании приняли участие 13 мужчин, составляющие 38% от всех опрошенных и 21 женщина - 62% опрошенных (Рис. 1).

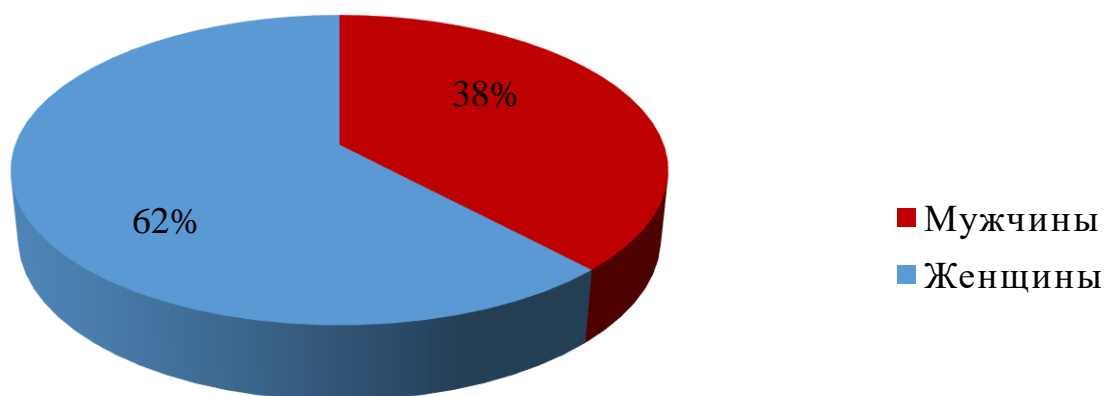


Рис. 1. Распределение пациентов по полу

Возрастная категория пациентов с пиелонефритом: лица в возрасте от 19 до 23 лет составили 5% опрошенных, от 23 до 37 лет - 9%, участники анкетирования, которые входят в группу от 37 до 48 лет составили - 35%, от 46 лет и старше - 51% (Рис. 2).

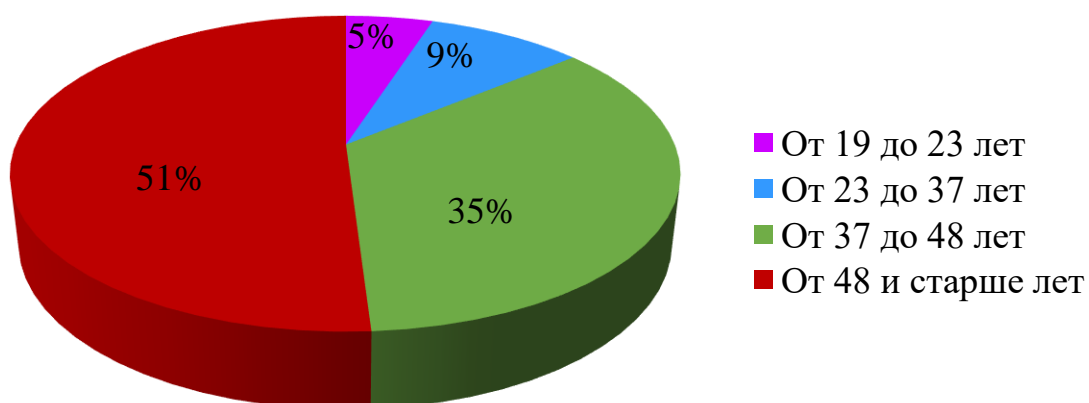


Рис. 2. Возрастная категория анкетлируемых

В ходе исследования было выявлено что, основной контингент

респондентов составляют городские жители - 73% (25 человек), сельские жители составили 9% (3 человека), жители посёлка городского типа составили 18% (6 человек) (Рис. 3).

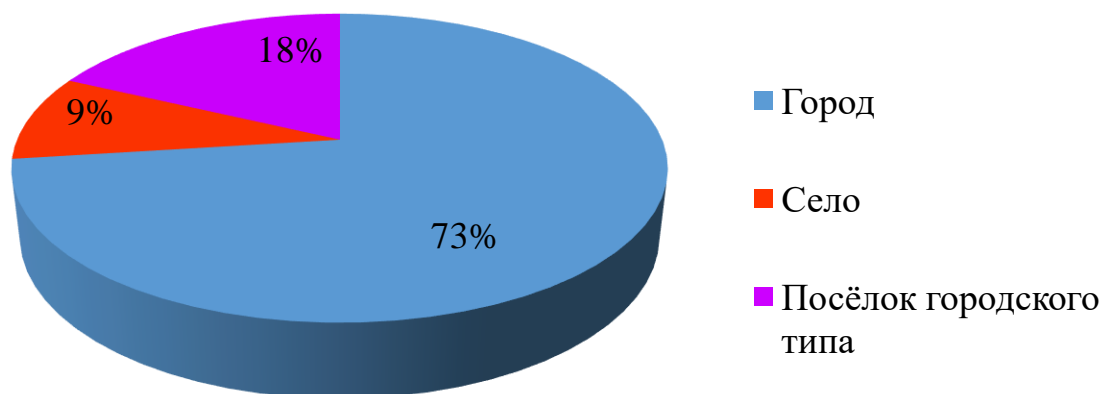


Рис. 3. Характеристика анкетированных по месту жительства

Исходя из данных опроса, выяснили социальное положение респондентов: 24% – учащиеся (8 человек), работающие составили 47% (16 человек), 29% пенсионеры (10 человек) (Рис. 4).

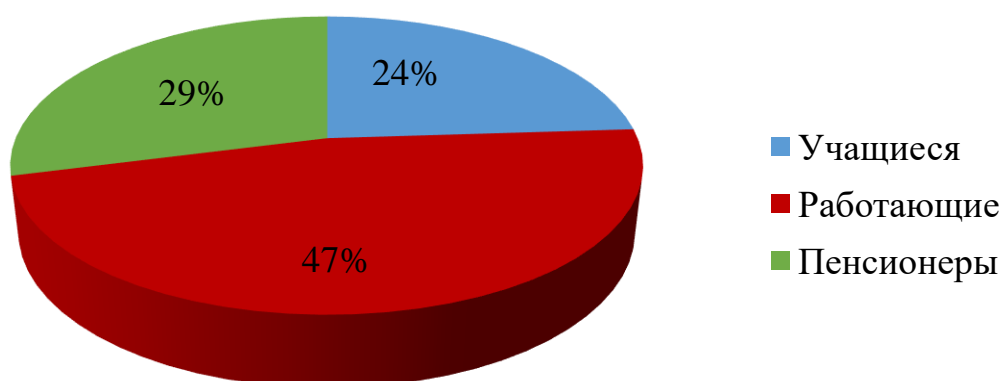


Рис. 4. Социальное положение анкетированных

Исследование показало наличие сопутствующих заболеваний опрошенных: уретритом страдали 6% (2 человека), простатит перенесли 17% (6

человек), 9% перенесли вульвовагинит (3 человека), 12% (4 человека) имеют в своём анамнезе перенесенный цистит, 56% (19 человек) отметили, что никогда не страдали урологическими и гинекологическими заболеваниями (Рис. 5).

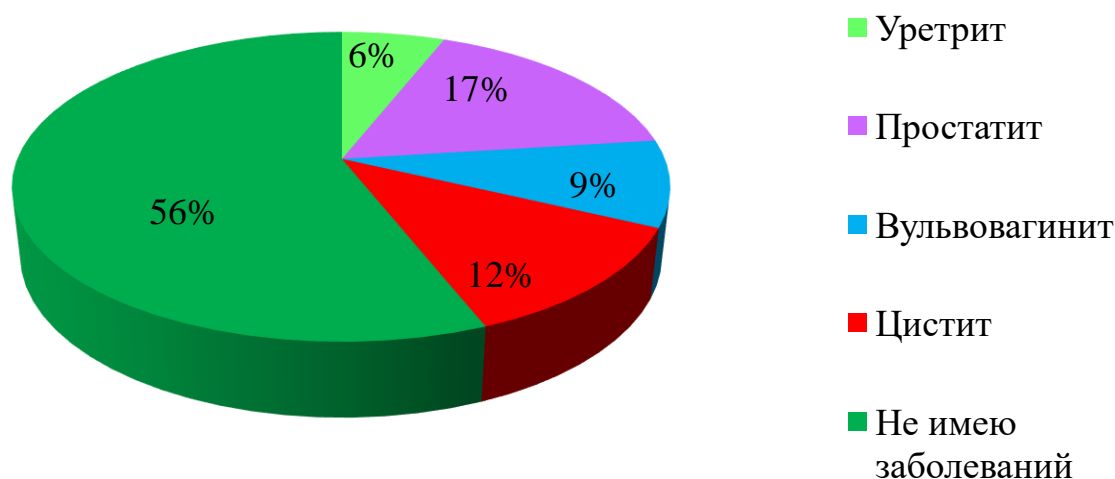


Рис. 5. Сопутствующие заболевания

В последнее время пристальное внимание уделяется повреждению интерстиции почек под воздействием влияния лекарственных средств. В этом плане наиболее опасными являются: фенацетин, анальгетики, сульфаниламиды и некоторые антибактериальные средства (7, 120).

Увеличивается удельный вес бытовых и производственных интоксикаций алкоголем, растворителями, нитрокрасками и т.д.

Также, нами были выявлены основные факторы риска развития пиелонефрита у респондентов: 20% (7 человек) связывают возникновение своего заболевания с лекарственными средствами, 17% (6 человек) считают, что заболевание возникло из-за вредных привычек; заболевание с переохлаждением связывают 43%, 11% - написали, что связывают возникновение заболевания со снижением иммунитета; 9% опрошенных считают причиной развития заболевания - сахарный диабет (Рис. 6).

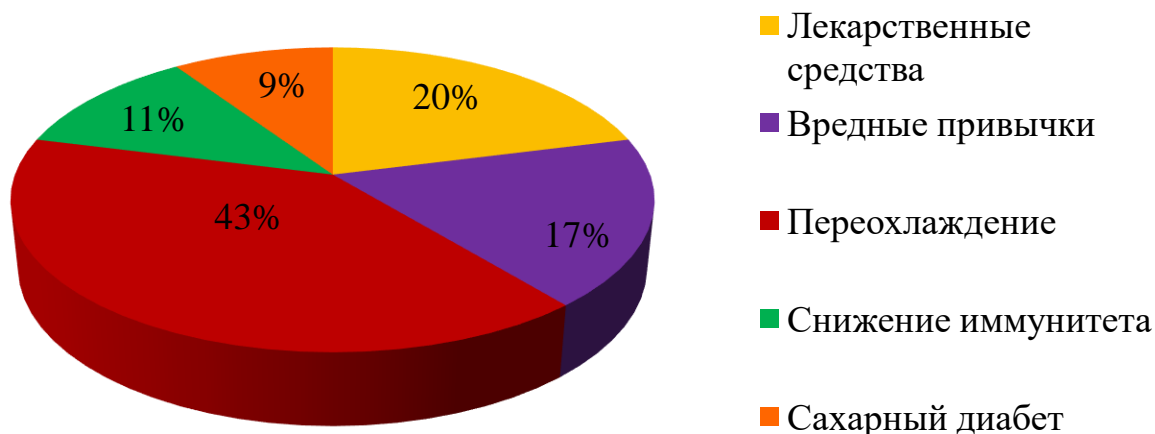


Рис. 6. Факторы риска пиелонефрита

Исходя из полученных данных анкетирования на вопрос о жалобах были получены следующие результаты: 14 респондентов (41%) отметили, что имеют отёки, у 20% (7 человек) боли в поясничной области, лихорадка у 9% (3 человек), дизурические расстройства наблюдаются у 12% (4 человек), у 18% (6 человек) нет жалоб (Рис. 7).

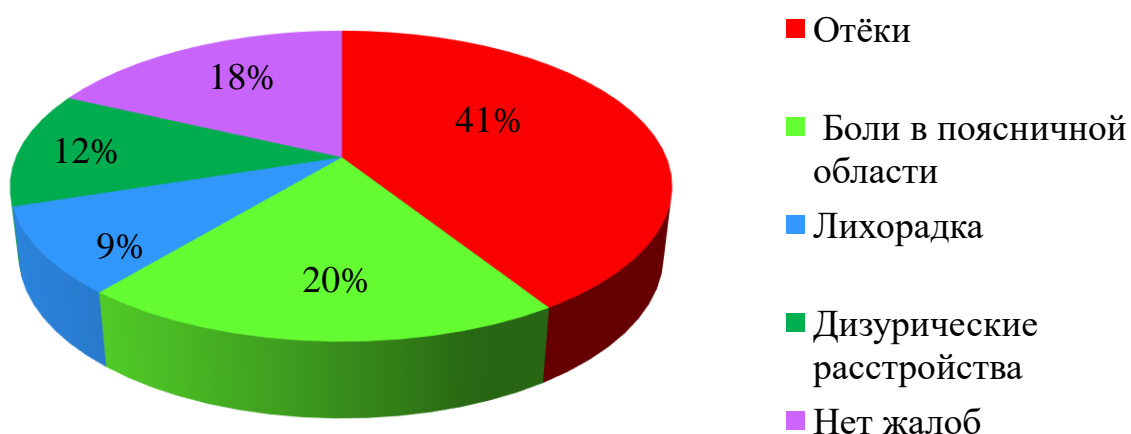


Рис. 7. Жалобы пациентов

Согласно данным литературы, хронические болезни почек значительно

изменяют психологический статус пациентов.

В ходе исследования было выявлено, что 41% опрошенных находится в состоянии депрессии, тревожность присутствует у 21% (7 человек), 29% (10 человек) имеют такую психологическую проблему как стресс, у 9% (3 человека) проявляется агрессия (Рис. 8).

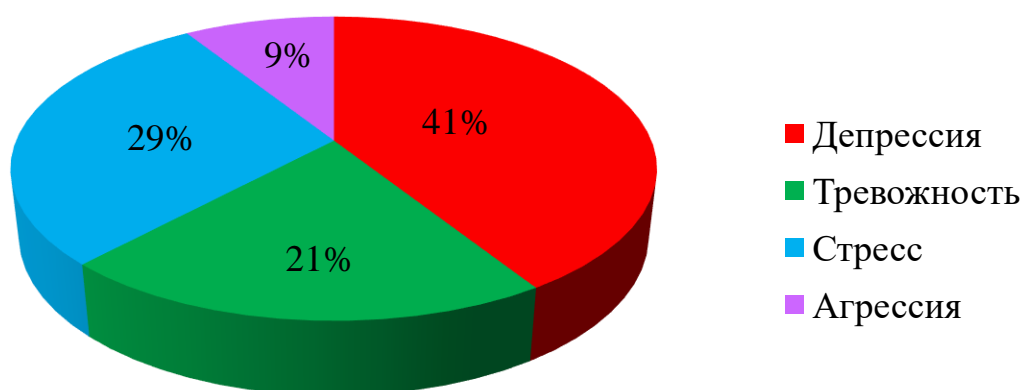


Рис. 8. Психологические проблемы пациентов

Таким образом, сестринская помощь будет способствовать нормализации психологического статуса, улучшит качество жизни пациентов и может способствовать как более положительному отношению к лечению, так и улучшению соматического состояния больных.

Анализ данных анкетирования показал, что респонденты имеют следующие социальные проблемы: временную нетрудоспособность - 21% (7 человек), проблема достатка семьи выявлена у 12% (4 человека), у 58% (20 человек) имеется проблема смены места работы, 9% (3 человека) имеют проблему изоляции (Рис. 9).

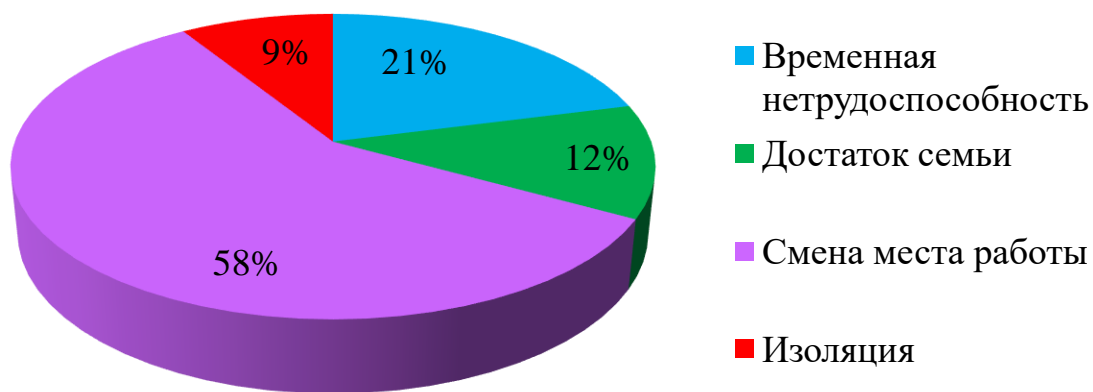


Рис. 9. Социальные проблемы

В ходе исследования были выявлены основные зависимые и не зависимые сестринские вмешательства, оказываемые пациентам: лечебные процедуры проводились 15% (15 человек), 23% (8 человек) ответили, что им оказывалась психологическая помощь и поддержка, медицинская сестра обучала навыкам самоухода 62% респондентов (21 человек) (Рис. 10).

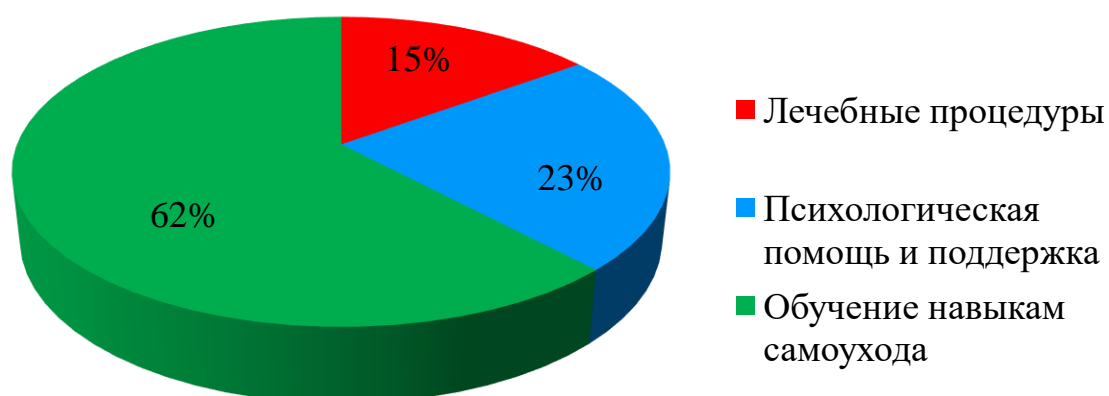


Рис. 10. Оказываемые сестринские вмешательства

Исходя из результатов опроса установили, что: 26% пациентов (9 человек) злоупотребляют солениями, пряностями злоупотребляют 12% опрошенных (14 человек), копчёности употребляют 17% (6 человек), мясную



пищу - 45% (Рис. 11).

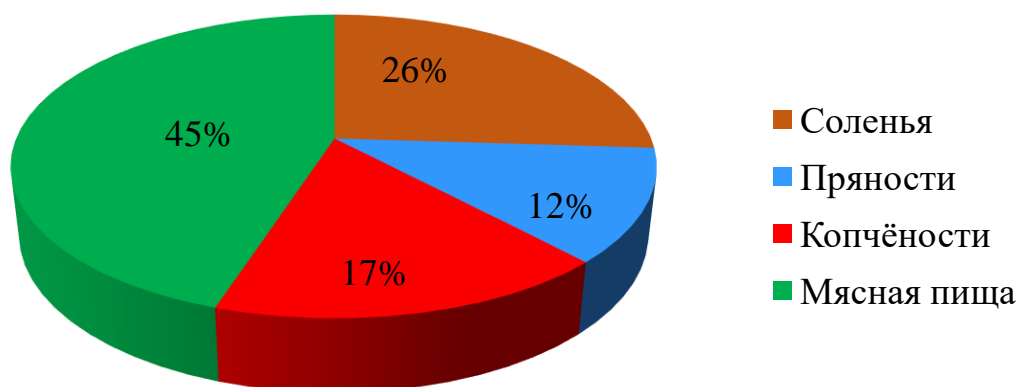


Рис. 11. Характер предпочтения в пище

Регулярно наблюдаются у врача - нефролога 9% опрошенных, 23% - посещают 1 раз в год, 68% - не посещают врача (Рис. 12).

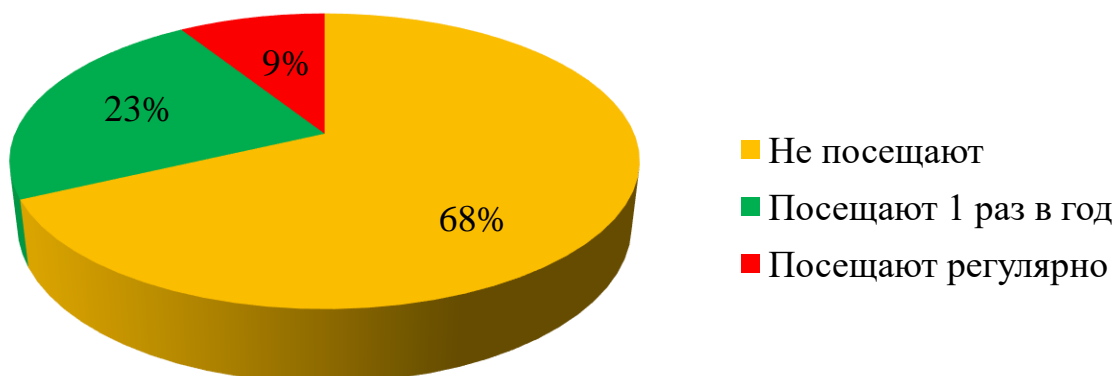


Рис. 12. Посещение врача – нефролога

В ходе исследования были выявлены основные качества, присущие медицинским сестрам: 12% опрошенных считают, что медицинская сестра должна быть заботливой, 41% (14 человек) выделили внимательность к пациентам; 26% (9 человек) отметили доброжелательность, 21% (7 человек) - отзывчивость (Рис. 13).

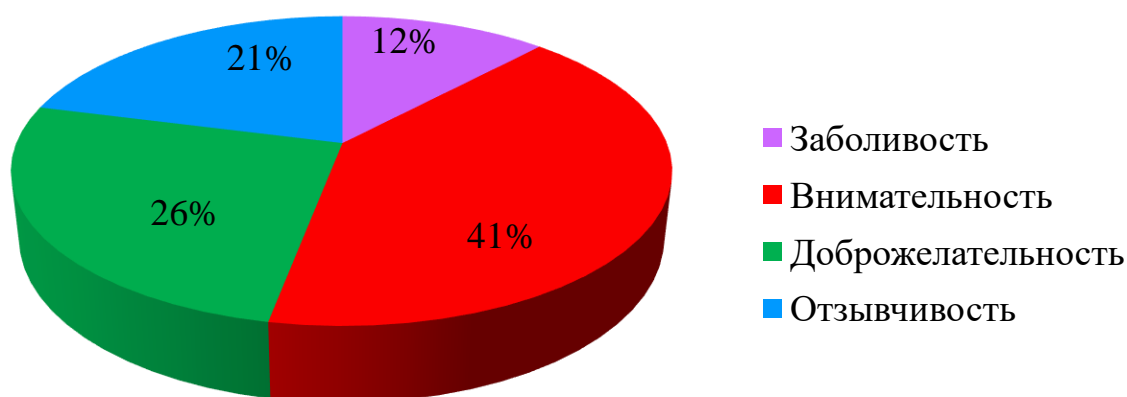


Рис.13. Качества присущие медицинской сестре

Респондентам было предложено оценить проводимый сестринский уход по пятибалльной системе: 71% опрошенных оценили сестринский уход на 5 баллов, 20% на 4 балла, и лишь 9% оценили сестринский уход на 3 балла (Рис. 14).

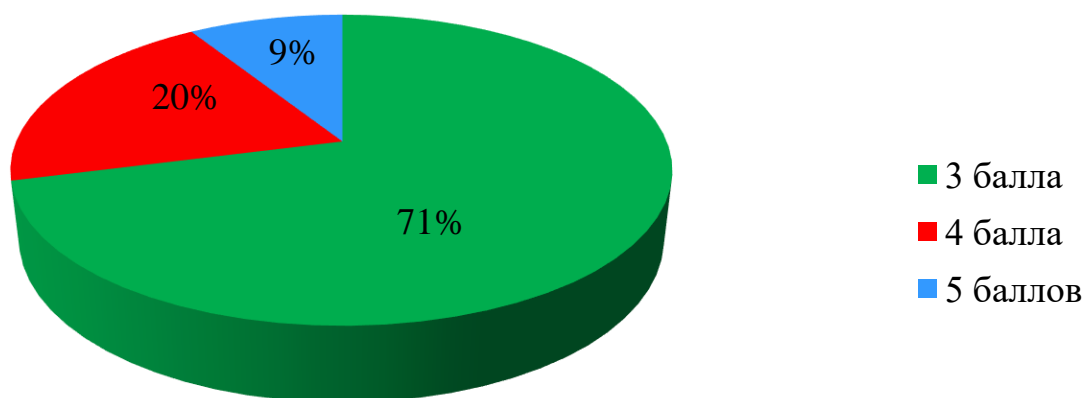


Рис. 14. Оценка проводимого сестринского ухода

По данным проведенного исследования, была получена оценка результативности сестринского ухода в настоящий момент: 6% (2 человека) ответили, что их состояние ухудшилось, 18% (6 человек) отметили, что на данный момент их состояние не изменилось, 76% опрошенных (26 человек)

считают, что их состояние улучшилось (Рис. 15).

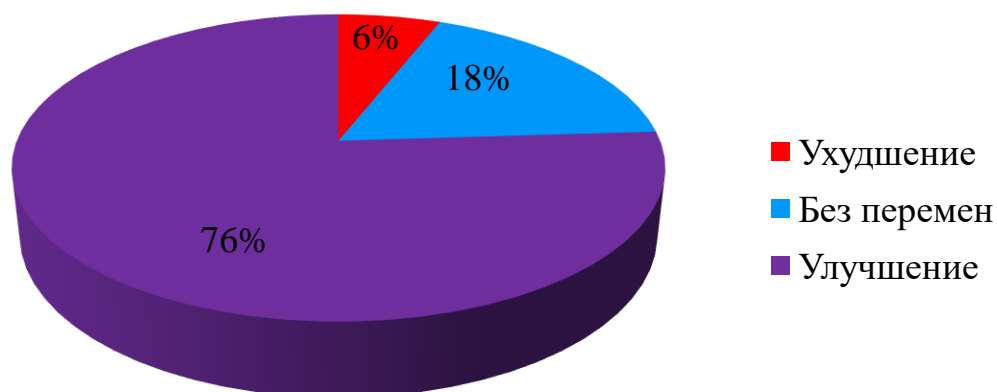


Рис. 15. Результативность полученного ухода

В работе медицинской сестры главное внимание уделяется своевременному распознаванию симптомов заболевания, оказанию медицинской помощи и уходу за пациентами как в быту, так и в стационаре. Иными словами, медицинская сестра решает все основные вопросы, которые включает сестринский процесс.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние десятилетия все большее внимание уделяется болезням органов мочевыделительной системы. В структуре инфекций почек и мочевыводящих путей пиелонефрит считается наиболее распространенным заболеванием. Болезнь довольно распространена между зрелым населением и детьми, проходит длительно, в некоторых случаях приводит к потере трудоспособности. Очень важно знать, что пиелонефрит является наиболее частой причиной развития хронической почечной недостаточности.

При сравнении показателей первичной инвалидности по основным группам урологических заболеваний, хронический пиелонефрит занимает 2-е место (21,4 - 23%), уступая только злокачественным новообразованиям [8].

Углублённо изучив сестринский процесс при пиелонефрите, результаты анкетирования среди пациентов, сделано заключение, что цель работы достигнута, гипотеза доказана.

На основании анализа медицинской литературы и проведенного социологического исследования можно установить, что на всех этапах сестринского процесса медицинские сестры оказывают положительное влияние на течение пиелонефрита, также не малая роль принадлежит сестринскому персоналу по предупреждению возникновения хронизации процесса.

## ВЫВОДЫ

1. На основании анализа медицинской литературы можно установить, что при эффективном сестринском уходе можно избежать осложнений и предупредить негативную реакцию организма на лечение.

2. Анализ результатов проведенного исследования показал, что среди респондентов значительно преобладают женщины (62%) в возрасте от 48 лет и старше (62%), проживающие в городе (73%), преимущественно работающие (47%).

3. В результате исследования у респондентов были выявлены факторы риска: переохлаждение (43%), вредные привычки (17%), лекарственные средства (20%), снижение иммунитета (11%).

4. В ходе исследования были выявлены приоритетные проблемы пациентов при пиелонефрите: боли в поясничной области (20%), лихорадка (9%), дизурические расстройства (12%), депрессия (41%).

5. Деятельность медицинской сестры оказывает положительное воздействие на течение пиелонефрита, улучшая состояние пациента (76%).

### ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Медицинской сестре необходимо:

1. Проводить санитарно-просветительную работу, в период лечения пациента.

2. Разработать памятки для пациентов по вопросам питания, режима труда и отдыха и т.д.

3. Умение грамотно с психологической точки зрения строить профессиональное общение.

4. Проводить беседы о заболевании, о факторах риска обострений, о возможном неблагоприятном исходе заболевания и мерах его предотвращения.

5. Активно участвовать в профилактических мероприятиях для предотвращения хронизации процесса.

6. Принимать участие в проведении диспансерного наблюдения за больным.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корягина, Н. Ю. Организация специализированного сестринского ухода [Текст]: учебник / Корягина Н. Ю.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018-310с.
2. Крюкова, Д.А. Здоровый человек и его окружение: учебное пособие для студентов среднего профессионального образования [Текст] учебник / Д.А. Крюкова, Л.А. Лысак, О.В. Фурса; под ред. Б.В. Кабарухина. - 15-е изд. - Ростов н/Д : Феникс, 2016. - 474 с.
3. Лоран, О. Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы у взрослых [Текст]: учебник / О.Б. Лоран, Л. А. Синякова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015-326с.
4. Лычев, В.Г. Сестринский уход в терапии. Участие в лечебно-диагностическом процессе: [Электронный ресурс] учебное пособие / В.Г Лычев, Карманов В.К.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с. Режим доступа : <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970447246.html>
5. Мухина, Н. А. Нефрология [Текст]: учебник / Н.А. Мухина-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016 - 260с.
6. Обуховец, Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи [Электронный ресурс]: практикум / Т.П. Обуховец; под ред. Б.В. Кабарухина - Ростов н/Д: Феникс, 2015. - 412 с. (Среднее медицинское образование). Режим доступа <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222254578.html>
7. Огороков, А. Н. Диагностика болезней внутренних органов [Текст]: учебник / А.Н. Огороков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017-372с.
8. Ослопов, В.Н. Общий уход за больными терапевтического профиля [Текст]: учебное пособие для студентов медицинских вузов, обучающихся по спец. "Лечебное дело", "Медико-профилактическое дело" / В.Н. Ослопов, О.В. Богоявленская; рец: Ю.В. Щукин, И.И. Шапошник. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 464 с. : ил., табл. - Прил.: с. 446.
9. Островская, И. В. Основы сестринского дела: учебник для

медицинских Колледжей [Текст]: учебник / И. В. Островская, Н. В. Широкова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018-183с.

10. Тарасевич, Т.В.\_Сестринское дело [Электронный ресурс]: учебное пособие / Т.В. Тарасевич Минск: РИПО, 2017. Режим доступа : <http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9789855036464.html>

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**



### Анкета

Уважаемые пациенты! Просим Вас пройти анонимное анкетирование, проводимое студентами медицинского колледжа НИУ БелГУ!

Прежде, чем давать ответы на данное анкетирование, внимательно прочитайте каждый вопрос и предлагаемые варианты ответов на него. Выбрав тот или иной ответ, подчеркните его или обведите кружком стоящую слева от него цифру; в отдельных случаях Ваш ответ надо вписать в соответствующие строки анкеты.

1. Пол (подчеркнуть)                      муж                      жен
2. Ваш возраст
  - а) от 19 до 23
  - б) от 23 до 37
  - в) от 37 до 48
  - г) от 48 и старше
3. Место жительства \_\_\_\_\_
4. Социальное положение
  - а) работающий
  - б) пенсионер
  - в) учащийся
5. Имеются ли у Вас заболевания перечисленные ниже?
  - а) уретрит
  - б) простатит
  - в) вульвовагинит
  - г) цистит
  - д) не имею заболеваний

**6.** Вы посещаете врача нефролога?

- а) не посещаю
- б) посещаю 1 раз в год
- в) регулярно посещаю

**7.** Имеются ли у Вас жалобы на на:

- а) отеки
- б) боли в поясничной области
- в) лихорадка
- г) дизурические расстройства
- д) нет жалоб

**8.** Имеются ли у Вас психологические проблемы такие как:

- а) депрессия
- б) тревожность
- в) стресс
- г) агрессия

**9.** У Вас имеются такие социальные проблемы как:

- а) временная не трудоспособность
- б) недостаток семьи
- в) смена места работы
- г) изоляция

**10.** Оказывались ли Вам зависимые и не зависимые сестринские вмешательства такие как:

- а) выполнение лечебных процедур
- б) психологическая помощь и поддержка
- в) обучение навыкам самоухода

**11.** Какими продуктами из ниже перечисленных вы чаще всего злоупотребляете?

- а) соленья
- б) пряности
- в) копчености

г) мясная пища

**12.** С чем связываете возникновение заболевания?

а) лекарственные средства

б) вредные привычки

в) переохлаждение

г) свой вариант ответа \_\_\_\_\_

**13.** Вы довольны результатами проводимого сестринского ухода?

а) доволен

б) не в полной мере

г) не доволен

**14.** Какие качества по вашему мнению присущие медицинским сестрам

а) заботливость

б) внимательность

в) доброжелательность

г) отзывчивость

**15.** Как Вы оцените результативность полученного Вами сестринского ухода в настоящий момент (достижение изменений в состоянии)

а) ухудшение

б) без перемен

в) улучшение