Министерство здравоохранения Ставропольского края

государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования Ставропольского края

 «Ставропольский базовый медицинский колледж»

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ПО ТЕМЕ: «Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу»**

По Пм Выполнение работ по должности служащего 23242

 Младшая медицинская сестра по уходу за больным

МДК 04.01 Теория и практика сестринского дела

По специальности

 34.02.01 Сестринское дело

31.02.01 Лечебное дело

 31.02.02 Акушерское дело

Разработана преподавателем ЦМК ОСД Колесникова О.И.

Ставрополь

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Внутренняя рецензия
2. Внешняя рецензия
3. Пояснительная записка
4. Обоснование темы
5. Педагогическая характеристика
6. Требования к результатам освоения раздела профессионального модуля
7. Структура занятия:
* Цель занятия;
* Оснащение занятия;
* Хронологическая карта занятия;
* Этапы проведения занятия;
* Контроль и оценка результатов освоения профессионального модуля
* Теоретическое обоснование темы;
* Дидактический материал;
* Карта экспертной оценки
1. Литература.

**ВНУТРЕННЯЯ РЕЦЕНЗИЯ**

Методическая разработка практического занятия по теме «Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу.» разработана преподавателем ЦМК основы сестринского дела ГБОУ СПО «Ставропольский базовый медицинский колледж» Колесниковой О.И. Данный разработка предназначена для реализации требований Федерального государственного образовательного стандарта по программе профессионального модуля МДК 04 «Выполнение работ по должности служащего младшая медицинская сестра по уходу за больными», раздел «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел является частью профессионального модуля основной профессиональной образовательной программы в соответствии с ФГОС по специальности СПО 060501 Сестринское дело базовой подготовки в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больнымисоответствующих профессиональных компетенций.

 Структура и содержание методической разработки полностью соответствует целям и задачам практической подготовки студентов и формированию профессиональных и общих компетенции. Теоретическое обоснование темы включает в себя все современные представления по данному разделу. План проведения занятия и хронология соответствуют современным дидактическим требованиям. Использован многоуровневый контроль знаний, предусмотрена возможность проведения интерактивного занятия. Методическая разработка практического занятия соответствует всем требованиям к методической литературе и рекомендована для использования в учебном процессе.

Рецензор:

Преподаватель высшей категории

ЦМК основы сестринского дела Сивкова С.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ВНЕШНЯЯ РЕЦЕНЗИЯ**

 Методическая разработка практического занятия по теме «Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу» разработана преподавателем ЦМК основы сестринского дела ГБОУ СПО «Ставропольский базовый медицинский колледж» Колесниковой О.И. Данная разработка предназначена для реализации требований Федерального государственного образовательного стандарта по программе профессионального модуля МДК 04 «Выполнение работ по должности служащего младшая медицинская сестра по уходу за больными», раздел «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел является частью профессионального модуля основной профессиональной образовательной программы в соответствии с ФГОС по специальности СПО 060501 Сестринское дело базовой подготовки в части освоения основного вида профессиональной деятельности (ВПД): выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больнымисоответствующих профессиональных компетенций.

 Структура и содержание методической разработки полностью соответствует целям и задачам практической подготовки студентов и формированию профессиональных и общих компетенции. Теоретическое обоснование темы включает в себя все современные представления по данному разделу. План проведения занятия и хронология соответствуют современным дидактическим требованиям. Использован многоуровневый контроль знаний, предусмотрена возможность проведения интерактивных занятий. Методическая разработка практического занятия соответствует всем требованиям к методической литературе и рекомендован для использования в учебном процессе.

Рецензор:

Старшая медсестра отделения «Дневного стационара» ГБУЗ СК «Краевой клинический кардиологический диспансер» Тарасова О.И.\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Методическая разработка практического занятия рассчитана на 6 учебных часов, в соответствии с учебным планом программы МДК 04 раздела «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел включает в себя следующие части:

* Осуществление ухода за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому.
* Осуществление сестринского процесса

Представленная разработка направлена на изучение всех этапов сестринского процесса. В соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта и программе модульного обучения, основной целью занятия является формирование соответствующего уровня общих и профессиональных компетенций. После изучения данной темы студент должен:

**иметь практический опыт:**

- выявления нарушенных потребностей пациента;

- оказания медицинских услуг в пределах своих полномочий;

- планирования и осуществления сестринского ухода;

- ведения медицинской документации

**уметь:**

- собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

- определять проблемы пациента, связанные с состоянием его здоровья;

- документировать этапы сестринского процесса.

**знать:**

- 1 этап – оценка состояния пациента. Заполнение листа первичной оценки.

- 2 этап – выявление проблем пациента. Определение понятия «проблема». Виды проблем. Проблема, как реакция пациента на болезнь и/или своё состояние. Источники проблем.

- 3 этап – постановка целей сестринских вмешательств. Виды целей и ожидаемый результат. Требования к формулированию целей. Условия чёткого выполнения вмешательств.

- 4 этап – Объём вмешательств – тактика сестры, зависящая от состояния пациента и поставленных целей. Вовлечение пациента в процесс ухода. Протокол плана ухода.

- 5 этап – оценка результата. Текущая и итоговая оценка.

Каждое занятие комплекса включает в себя теоретическое обоснование темы, презентацию, блок контрольно-обучающих заданий, карты самостоятельной работы и карты контрольной оценки по итогам занятия. Для промежуточного контроля по разделу представлен тест в двух вариантах. Также представлена рабочая тетрадь по разделу для организации аудиторной самостоятельной работы студентов и проведения самоконтроля.

**ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Данная методическая разработка включает в себя практическое занятие по разделу «Теория и практика сестринского дела». Данный раздел рассматривает вопросы осуществление ухода за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому. Осуществление сестринского процесса.

 Формирование профессиональных и общих компетенций по вопросам общения в сестринском деле являются основой для обучения специалистов сестринского дела.

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Практические занятия являются самым важным звеном в системе среднего профессионального образования медицинских работников. Они являются самыми значимыми в процессе формирования профессиональных и общих компетенций у студентов медицинского колледжа.

 Предусматривается проведение занятий на базах учреждений практического здравоохранения, что позволяет максимально приблизить учебный процесс к реальным условиям. Специфика проведения практических занятий подразумевает проведение контроля исходного и итогового уровня знаний, использование информационно-компьютерных технологий, закрепление лекционного материала и большой блок самостоятельной работы студентов (аудиторной и внеаудиторной). Дидактический материал представлен рабочими тетрадями и различными приемами контроля знаний на различных этапах занятия. Наглядность закрепляемого материала обеспечивают презентации по темам. Карта самостоятельной работы обеспечит четкую организацию учебного процесса на этом этапе, возможность самоконтроля и взаимоконтроля при отработке манипуляций.

Педагогам, приступающим к проведению занятий, представляется широкая возможность для использования самых различных приемов и методов личностно-ориентированного и активного обучения.

**ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ РАЗДЕЛА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

Результатом освоения раздела профессионального модуля «Теория и практика сестринского дела» является овладение обучающимися профессиональными (ПК) и общими (ОК) компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 4.12. |  Осуществлять сестринский процесс |
| ОК 1. | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.  |
| ОК 2. | Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем |
| ОК 3. | Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы. |
| ОК 4. | Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач. |
| ОК 5. | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности. |
| ОК 6. | Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями. |
| ОК 7. | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям, уважать социальные, культурные и религиозные различия. |
| ОК 8. | Соблюдать правила охраны труда, противопожарной безопасности и техники безопасности. |

**«Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу»**

**Время – 6 академических часов (270 минут)**

**Место проведения – кабинет доклинической практики**

**ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

**Тип занятия:** практическое

**Место проведения:** кабинет доклинической практики

**Продолжительность:** 270 минут

**Содержание занятия:**

1 этап – оценка состояния пациента. Заполнение листа первичной оценки.

2 этап – выявление проблем пациента. Определение понятия «проблема». Виды проблем. Проблема, как реакция пациента на болезнь и/или своё состояние. Источники проблем.

3 этап – постановка целей сестринских вмешательств. Виды целей и ожидаемый результат. Требования к формулированию целей. Условия чёткого выполнения вмешательств.

4 этап – Объём вмешательств – тактика сестры, зависящая от состояния пациента и поставленных целей. Вовлечение пациента в процесс ухода. Протокол плана ухода.

5 этап – оценка результата. Текущая и итоговая оценка.

Документирование этапов сестринского процесса.

**Цели занятия:**

**Учебная:**

* Изучить определение сестринский процесс, потребности.
* Изучить 1 этап сестринского процесса.
* Изучить 2 этап сестринского процесса.
* Изучить 3 этап сестринского процесса.
* Изучить 4 этап сестринского процесса.
* Изучить 5 этап сестринского процесса.
* Изучить документацию к сестринскому процессу.
* Формирование профессиональных навыков компетенций при выполнении сестринского ухода.

**Воспитательная:**

* Воспитать чувство ответственности при выполнении профессиональных обязанностей

**Развивающая:**

* Развить клиническое и логическое мышление
* Развить самостоятельность
* Развить профессиональные навыки
* Развить письменную и устную речь
* Развить навыки работы с документацией
* Развить навыки общения с пациентами и их окружением
* Развить организационные способности
* Развить положительные личностные качества

**Оснащение занятия:**

**Методическое обеспечение**:

рабочая программа, поурочный план, методическая разработка, тесты, ситуационные задачи, дополнительная литература, слайды, лекционный материал, карта самостоятельной работы, карта экспертной оценки, учебно-методическая литература, карта экспертной оценки

**План проведения занятия и расчет времени:**

1.Организационный момент – 5 минут

2.Контроль уровня знаний – 20 минут

3.Изучение нового материала – 20 минут

4.Демонстрационная часть – 10 минут

5.Вводный инструктаж – 5 минут

6.Самостоятельная работа – 180 минут

7.Оформление дневников и манипуляционных тетрадей – 20 минут

8.Подведение итогов занятия, задание на дом – 5 минут

9.Заключительная часть – 5 минут

**ЭТАПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ**

**1. Организационный момент.**

Цель: оптимизация учебного процесса, создание рабочего настроя и условий выполнения задач занятия. Проводится проверка готовности кабинета к работе, оценка внешнего вида студентов, приветствие, проверка посещаемости и назначение дежурных, сообщение темы и плана проведения занятия, целей занятия и его значение в учебном процессе и практической деятельности. Студенты записывают занятия и дату проведения в дневники, осмысливают план проведения занятия.

**2. Контроль уровня знаний.**

Цель: выявление базовых знаний по теме, определения уровня подготовки, готовности к усвоению нового материала и оценка качества знаний, выявление слабых мест в подготовке, оценка способности к логическому и клиническому мышлению, оценка письменной и устной речи. Оценивается качество самоподготовки и усвоения материала. Преподаватель оценивает уровень знаний лекционного материала и результатов самоподготовки, используя различные приемы: фронтальный опрос, терминологический диктант или тестовые задания, индивидуальный опрос.

**Вопросы для фронтального опроса:**

1. Что такое сестринский процесс?
2. Что какие этапы сестринского процесса вы знаете?
3. Что такое потребность?
4. Какие вмешательства вы знаете?
5. Какие цели должна ставить перед собой медсестра?
6. Сестринский диагноз - это?

**3. Изучение нового материала.**

Цель: выполнение требований образовательного стандарта, формирование профессиональной компетенции по разделу модуля, формирование профессиональных навыков по манипуляциям, закрепление теоретических знаний по теме занятия. Преподаватель обращает внимание на значение данной темы для практики, использует опорный конспект, дополнительные источники информации. Студенты знакомятся с алгоритмами, записывают основные положения и определения в дневники.

**4. Самостоятельная работа.**

Цель: формирование профессиональной компетентности, развитие логического и клинического мышления, выработка самостоятельности. Развитие навыков общения, педагогических способностей, навыков работы с документацией. Стимулировать мыслительную деятельность, вызвать познавательный интерес, привить профессиональные навыки, любовь к будущей профессии. Закрепить теоретические знания на практике.

**5. Оформление дневников.**

Цель: развить аккуратность, ответственность, умение работать с документацией, развитие письменной речи. Студенты документируют этапы занятия в дневники, отражая основные моменты самостоятельной работы, составляют краткий отчет о выполнении на проверку преподавателю.

**6. Подведение итогов занятия, задание на дом.**

Цель: оценить уровень знаний каждого студента, развить критику и самокритику, определить слабые места подготовки и нацелить студентов на восполнение дефицита знаний, обеспечить оптимальные условия для самоподготовки студентов, развить познавательный интерес. Преподаватель оценивает работу на всех этапах занятия, проверяет дневники, комментирует основные ошибки, отмечает отличившихся студентов, оглашает итоговые оценки и отвечает на вопросы студентов. Для объективности используются карты экспертной оценки. Сообщается тема следующего занятия, вопросы для самостоятельной подготовки, источники информации /учебные пособия, лекции и т.д

**7. Заключительная часть.**

Цель: развить ответственность и аккуратность, стремление к чистоте и порядку. Студенты прощаются с преподавателем, дежурные проводят проветривание и уборку рабочих мест и кабинета, сдают раздаточный материал и оборудование.

**Контроль и оценка результатов освоения профессионального модуля**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Профессиональные компетенции** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки** | **Уровень усвоения компетенции** |
| 4.12 Осуществлять сестринский процесс | - Уметь выявлять нарушенные потребности пациента- Уметь вести медицинскую документацию- Уметь собирать информацию о состоянии здоровья пациента- Знать способы реализации сестринского ухода; | * Фронтальный опрос
* Индивидуальный опрос
* Тестовый контроль
* Решение ситуационных задач
 | 2 |

**ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТЕМЫ**

Сестринский процесс является одним из основных понятий современной концепции сестринского дела.

 Эта реформаторская концепция родилась в США в середине 50-х годов за эти шесть десятилетий полностью доказала свою эффективность. В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования и практики в 50-ти странах мира.

Сестринский процесс- это научный метод организации и исполнения системного ухода за пациентом.

 Цель сестринского процесса-обеспечить приемлемого качества жизни в болезни, то есть обеспечения максимального возможного для пациента в его состоянии физического, психологического и духовного комфорта.

Другими словами: цель сестринского процесса- помощь пациенту и его семье в преодолении дезадаптации, связанной с заболеванием или травмой.

 Сестринский процесс подразделяется на 5 этапов:

1. Сестринское обследование.
2. Сестринская диагностика или, постановка сестринских проблем.
3. Планирование ухода.
4. Реализация (выполнение) плана ухода.
5. Оценка эффективности и коррекция ухода в случае необходимости.

 Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче - помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.

**Первый этап сестринского процесса-обследование пациента.**

 Для организации и осуществления качественного ухода за пациентом сестринскому персоналу необходимо собрать информацию о нём из всех возможных источников.

Сестринский персонал получает информацию о пациенте из пяти основных источников.

1) от самого пациента;

2) родственников, знакомых, соседей по палате, случайных людей, свидетелей случившегося;

3) врачей, медицинских сестёр, членов бригады скорой помощи, санитарок;

4) из медицинской документации: карты стационарного больного, амбулаторной карты, выписки из историй болезни предшествующих госпитализаций, данных обследования и т.п.;

5) из специальной медицинской литературы: справочников по уходу, стандартов сестринских манипуляций, профессиональных журналов, учебников и т.п.
 На основе собранной информации выявляют и идентифицируют проблемы, составляют план, и реализуют намеченные действия. Успех лечения во многом зависит от качества полученной информации.

Встает вопрос - почему медсестра не может воспользоваться данными врачебными осмотрами, то есть почерпнуть все необходимое ей для организаций ухода из медицинской историй болезни? Дело в том, что сестринское обследование является независимым и не может подменятся врачебным, так как врач и медсестра в своей работе преследуют различные цели.

Цель деятельности врача - поставить диагноз, выявить причины, механизм развития заболевания и т.д., а цель деятельности сестринского персонала - обеспечить качество жизни больного человека. Для этого в первую очередь необходимо определить проблемы пациента, связанные с актуальным или потенциальным состоянием его здоровья.
 Информация о пациенте должна быть полной и однозначной. Сбор неполной, неоднозначной информации ведёт к некорректной оценке потребностей пациента в сестринском обслуживании, и, как следствие, к неэффективному уходу и лечению. Причинами сбора неполной и неоднозначной информации о пациенте могут быть:
• неопытность и неорганизованность сестринского персонала;
• неспособность сестринского персонала к сбору конкретной информации относительно определённой области;
• склонность медицинской сестры к поспешным выводам и т.п.

Существует два вида информации о пациенте: субъективная и объективная.
*Субъективная информация* - это сведения об ощущениях самого пациента относительно проблем со здоровьем. Например, жалобы на боли - субъективная информация. Пациент может сообщить о частоте боли, её характеристике, продолжительности, локализации, интенсивности. К субъективным данным относят сообщения пациента о чувстве беспокойства, физического дискомфорта, страхе, жалобы на бессонницу, плохой аппетит, недостаток общения и др.

*Объективная информация* - результаты проведённых измерений или наблюдений. Примерами объективной информации могут служить показатели измерения температуры тела, пульса, АД, идентификация высыпаний (сыпи) на теле и пр. Сбор объективной информации проводят в соответствии с существующими нормами и стандартами (например, по шкале Цельсия при измерении температуры тела).

 Субъективные данные, полученные от пациента и его немедицинского окружения, подтверждают физиологические изменения, выраженные объективными показателями. Например, подтверждение описания боли пациентом (субъективная информация) - физиологические изменения, выраженные в повышенном кровяном давлении, тахикардии, сильном потоотделении, вынужденном положении (объективная информация).
Для полного сбора информации о прошлом и настоящем состоянии здоровья (анамнез жизни и анамнез заболевания) сестринский персонал проводит беседу с пациентом, изучает историю болезни, знакомится с данными лабораторных и инструментальных исследований.

 Опрос как основной метод сбора субъективной информации о пациенте

Сестринское обследование следует, как правило, за врачебным. Первый шаг в сестринском обследовании пациента - сбор субъективной информации с помощью сестринского опроса (сбора первичной информации об объективных и/или субъективных фактах со слов опрашиваемого).
При проведении опроса необходимо применять специфические навыки общения, чтобы сфокусировать внимание пациента на состоянии его здоровья, помочь осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. Доброжелательное отношение к пациенту позволит ему справиться с такими проблемами, как недоверие к медицинскому персоналу, агрессия и возбуждение, снижение слуха, нарушение речи.

Цели проведения опроса:

• установление доверительных отношений с пациентом;

• ознакомление пациента с курсом лечения;

• выработка адекватного отношения пациента к состояниям беспокойства и тревоги;
• выяснение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;
• получение ключевой информации, требующей углубленного изучения.
 При опросе не только сестринский персонал, но и пациент получает нужную ему информацию. Если контакт установлен, пациент сможет задать интересующие его вопросы. Чтобы правильно ответить на них, необходимо попытаться понять чувства пациента. Особую осторожность необходимо проявлять, когда больные просят дать совет по личному вопросу.
Во время проведения опроса следует наблюдать за пациентом. Его поведение с членами семьи, медико-санитарным окружением поможет понять, согласуются ли данные, полученные посредством наблюдения, с выявленными при опросе.

 Изложению информации, полученной от пациента, как правило, предшествуют определённые сведения, носящие вводный характер.
Анкетные данные (возраст, пол, место жительства, род занятий) позволят не только установить, кем является пациент, но и получить примерное представление о том, что это за человек, и какие проблемы со здоровьем у него могут быть.

Способ поступления в медицинское учреждение или обращения за помощью поможет понять возможные мотивы пациента. Пациенты,
обратившиеся за помощью по своей инициативе, отличаются от тех, кто поступил по направлению.

Источник получения информации. В СИБ необходимо указать, от кого получены сведения о пациенте. Это может быть он сам, его родственники, друзья, члены медицинской бригады, работники милиции. Нужную информацию можно также почерпнуть из имеющейся у пациента документации.

**Субъективное обследование.**

 Основные жалобы. С этого раздела начинается основная часть СИБ. Лучше записывать слова самого больного: «У меня болит живот, мне очень плохо». Иногда пациенты не предъявляют явных жалоб, а излагают цель госпитализации: «Меня положили просто для обследования».
 История настоящего заболевания. Здесь следует чётко, в хронологической последовательности указать те проблемы со здоровьем, которые заставили пациента обратиться за медицинской помощью. Информация может исходить от больного либо его окружения. Сестринский персонал должен упорядочить информацию. Необходимо выяснить, когда началось заболевание; обстоятельства, при которых оно возникло, его проявления и любое предпринятое пациентом самостоятельное лечение (приём препаратов, клизма, грелка, горчичники и т.п.). Если недуг сопровождается болью, выясняют следующие детали:
• место локализации;

• иррадиацию (куда отдает?);

• характер (что она напоминает?);

• интенсивность (насколько она сильна?);

• время появления (когда она начинается, как долго длится, и как часто появляется?);
• обстоятельства, при которых она возникает (факторы окружающей среды, эмоциональные реакции или другие обстоятельства);

• факторы, усугубляющие или облегчающие боль (физическая или эмоциональная нагрузка, переохлаждение, приём лекарственных препаратов (что именно, в каких количествах) и т.п.);

• сопутствующие проявления (одышка, артериальная гипертензия, ишурия, головокружение, тахикардия, расширение зрачков, вынужденная поза, характер мимики и т.п.).

Подобным образом можно детализировать и другие проявления заболевания или состояния пациента (тошноту и рвоту, задержку стула, диарею, беспокойство и т.п.).

В этом же разделе записывают, что сам пациент думает о своём заболевании, что заставило его обратиться к врачу, как болезнь отразилась на его жизни и активности.

Анамнез жизни указывают все перенесённые ранее заболевания, травмы, лечебные процедуры, даты предшествующих госпитализаций, реакцию пациента на проведённое в прошлом лечение и качество оказанной сестринской помощи.
Состояние пациента на момент осмотра, условия жизни, привычки, отношение к здоровью позволяют выявить те сильные и слабые стороны, которые необходимо учитывать при планировании сестринского ухода.
Семейный анамнез даёт возможность оценить риск возникновения у пациента некоторых заболеваний, носящих наследственный характер. В случае обнаружения семейной патологии, к обследованию и лечению могут быть привлечены родственники.

Психологический анамнез помогает узнать пациента как личность, оценить его вероятные реакции на болезнь, его механизмы приспособления к ситуации, силы больного, его тревогу.

**Объективное обследование**

 Основная задача объективного обследования органов и систем пациента - выявить те важные проблемы со здоровьем, которые в беседе с пациентом ещё не были упомянуты. Нередко болезненное состояние пациента вызвано нарушением нормального функционирования органа или системы в целом. Лучше начинать выяснение состояния той или иной системы с обобщающих вопросов: «Как у вас со слухом?», «Вы хорошо видите?», «Как работает ваш кишечник?». Это позволит пациенту сконцентрироваться на предмете разговора.

Объективную оценку состояния пациента начинают с общего осмотра, затем переходят к пальпации (ощупыванию), перкуссии (выстукиванию), аускультации (выслушиванию). В совершенстве владеть перкуссией, пальпацией и аускультацией - профессиональная
задача врача и медицинской сестры с высшим образованием. Данные осмотра заносят в СИБ.

Внешний вид и поведение пациента необходимо оценивать, используя данные наблюдений, сделанных при сборе анамнеза и обследовании. Хорошо ли пациент слышит голос медицинской сестры? Легко ли он двигается? Какая у него походка? Чем он занят в момент встречи, сидит или лежит? Что находится у него на прикроватном столике: журнал, открытки, молитвенник, емкость для сбора рвотных масс или вообще ничего? Предположения, сделанные на основе таких нехитрых наблюдений, могут помочь в выборе тактики сестринского ухода.

Необходимо обратить внимание на то, как пациент одет. Опрятен ли он? Есть ли запах, исходящий от него? Следует обратить внимание на речь пациента, проследить за выражением его лица, поведением, эмоциями, реакциями на окружающее, выяснить состояние сознания.
 Состояние сознания пациента**.** При его оценке нужно выяснить, насколько адекватно тот воспринимает окружающую обстановку, как реагирует на медицинский персонал, понимает ли вопросы, которые ему задают, насколько быстро отвечает, не склонен ли терять нить разговора, замолкать или засыпать.

Если пациент не отвечает на вопросы, можно прибегнуть к следующим приёмам:
• громко обраться к нему;

• слегка его потрясти, как это делают, когда будят спящего человека.
Если пациент по-прежнему не реагирует, следует установить, не находится ли он в состоянии сопора или комы. Нарушение сознания может быть кратковременным или длительным.

Для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4 лет1 и взрослых широко используют шкалу комы Глазго2 (ШКГ) - The Glasgow Coma Scale (GCS). Она состоит из трёх тестов для оценки: реакции открывания глаз (E), речевых (V) и двигательных (M) реакций. После проведения каждого теста начисляют определённое количество баллов, а затем подсчитывают общую сумму.

 Положение пациента. Оно зависит от общего состояния. Различают три вида положения пациента: активное, пассивное и вынужденное.
Рост и масса тела пациента. Выясняют, какова его обычная масса тела, не изменилась ли она в последнее время. Пациента взвешивают, рассчитывают нормальную массу тела, измеряют его рост, выясняют, нет ли у него слабости, утомляемости, лихорадки.

 Оценка состояния кожи и видимых слизистыхпри осмотре, пальпации (при необходимости) кожи и видимых слизистых следует обратить внимание на следующие характеристики.

Окраска кожного покрова и слизистых. Осмотр позволяет выявить пигментацию или её отсутствие, гиперемию или бледность, цианоз или желтушность кожи и слизистых. До проведения осмотра следует спросить пациента, не заметил ли он у себя каких-либо изменений кожного покрова.
Встречаются несколько характерных изменений окраски кожи и слизистых оболочек.

1. Гиперемия (покраснение). Она может быть временной, обусловленной приёмом горячей ванны, алкоголя, лихорадкой, сильным волнением, и постоянной, связанной с артериальной гипертензией, работой на ветру или в жарком помещении.

2. Бледность. Бледность временного характера может быть вызвана волнением или переохлаждением. Выраженная бледность кожных покровов характерна для кровопотери, обморока, коллапса. Гиперемия и бледность лучше всего заметны на ногтевых пластинках, губах и слизистых оболочках, особенно на слизистой оболочке полости рта и конъюнктивы.

3. Цианоз (синюха). Может быть общим и местным, центральным и периферическим. Общий характерен для сердечно-сосудистой недостаточности. Местный, например, для тромбофлебита. Центральный цианоз больше выражен на губах и слизистой оболочке полости рта и языка. Однако губы принимают синюшный оттенок и при низкой температуре окружающей среды. Периферический цианоз ногтей, кистей, стоп также может быть вызван волнением или низкой температурой воздуха в помещении.

4. Иктеричность (желтушность) склер свидетельствует о возможной патологии печени или усиленном гемолизе. Желтушность может появиться на губах, твердом небе, под языком и на коже. Желтушность ладоней, лица и подошв может быть обусловлена высоким содержанием каротина в пище пациента.
 Влажность и жирность кожи. Кожные покровы могут быть сухими, влажными или жирными. Влажность кожи, состояние подкожной клетчатки оценивают с помощью пальпации. Сухость кожи характерна для гипотиреоза.
 Температура кожных покровов. Прикоснувшись к коже пациента тыльной поверхностью пальцев, можно судить о её температуре. Помимо оценки общей температуры, необходимо проверить температуру на любом покрасневшем участке кожи. При воспалительном процессе отмечают локальное повышение температуры.

Эластичность и тургор (упругость). Необходимо определить, легко ли кожа собирается в складку (эластичность) и быстро ли она расправляется после этого (тургор). Часто применяемый способ для оценки упругости кожи - пальпация. Снижение эластичности и упругости кожи, её натянутость наблюдают при отёках, склеродермии. Сухая и неэластичная кожа может свидетельствовать об опухолевых процессах и обезвоживании организма. Необходимо учитывать, что с возрастом эластичность кожи человека снижается, появляются морщины.

Патологические элементы кожных покровов. При обнаружении патологических элементов необходимо указать их особенности, локализацию и распределение на теле, характер расположения, конкретный вид и время их возникновения (например, при сыпи). Следствием зуда кожи могут быть расчесы, которые приводят к риску инфицирования пациента. При осмотре необходимо обратить на них особое внимание, так как причиной их возникновения может быть не только сухость кожи, аллергические реакции, сахарный диабет или другая патология, но и чесоточный клещ.
 Волосяной покров**.** При осмотре необходимо обратить внимание на характер оволосенения, количество волос пациента. Люди часто переживают по поводу выпадения волос или избыточного оволосенения. Их чувства необходимо учитывать при планировании сестринского ухода. Тщательный осмотр позволяет выявить лиц с педикулёзом (завшивленностью).
Обнаружение педикулёза и чесотки - не повод для отказа от госпитализации. При своевременной изоляции и соответствующей санитарной обработке пациентов их пребывание в стенах ЛПУ безопасно для окружающих.
 Ногти. Необходимо осмотреть и ощупать ногти на руках и ногах. Утолщение и изменение цвета ногтевых пластин, их ломкость могут быть вызваны грибковым поражением

 Оценка состояния органов чувствОрганы зрения. Оценку состояния органов зрения пациента можно начать с вопросов: «Как у вас со зрением?», «Глаза не беспокоят?». Если пациент отмечает ухудшение зрения, необходимо выяснить, постепенно или внезапно это произошло, носит ли он очки, где и как их хранит.

Если пациент проявляет беспокойство по поводу боли в глазах или вокруг глаз, слезотечения, покраснения, его следует успокоить. Объяснить, что снижение зрения может быть обусловлено адаптацией пациента к условиям стационара, приёмом лекарственных препаратов.
План сестринского ухода должен быть составлен с учётом проблем у пациента со зрением.

Органы слуха. Прежде чем приступить к их осмотру, следует поинтересоваться у пациента, хорошо ли он слышит. Если он жалуется на снижение слуха, необходимо выяснить, затрагивает оно оба уха или одно, внезапно или постепенно оно произошло, сопровождалось ли выделениями либо болью. Нужно узнать, носит ли пациент слуховой аппарат, если да, то и тип аппарата.
Используя полученную информацию о снижении слуха и остроты зрения, медицинская сестра сможет эффективно общаться с пациентом.
Органы обоняния. Сначала необходимо выяснить, насколько пациент подвержен простудам, часто ли он отмечает заложенность носа, выделения, зуд, страдает ли носовыми кровотечениями. Если у пациента аллергический ринит, следует уточнить характер аллергена и использованные ранее методы лечения этого заболевания. Следует выявить поллиноз, патологию придаточных пазух носа.

Полость рта и глотка. При осмотре полости рта нужно обратить внимание на состояние зубов и дёсен пациента, изъязвления на языке, сухость во рту, если есть зубные протезы, выяснить дату последнего посещения стоматолога.

Плохо пригнанные зубные протезы могут быть препятствием к общению с пациентом и причиной расстройства речи, налёт на языке - причиной дурного запаха и снижения вкусовых ощущений, а боли в горле и болезненность языка - причиной затруднений при приёме пищи. Всё это надо учитывать при планировании сестринского ухода.

 Оценка состояния костно-мышечной системы.Чтобы определить состояние этой системы, нужно прежде всего узнать, беспокоят ли пациента боли в суставах, костях и мышцах. При жалобах на боли следует выяснить их точную локализацию, область распространения, симметричность, иррадиацию, характер и интенсивность. Важно определить, что способствует усилению или ослаблению боли, как влияет на неё физическая нагрузка, сопровождается ли она какими-либо другими симптомами.
 При осмотре выявляют деформации, ограничение подвижности скелета, суставов. При ограничении подвижности сустава необходимо выяснить, какие движения и в какой степени нарушены: может ли пациент свободно ходить, стоять, сидеть, наклоняться, вставать, причесываться, чистить зубы, есть, одеваться, умываться. Ограничение подвижности приводит к ограничению самообслуживания

 Оценка состояния дыхательной системы. В первую очередь необходимо обратить внимание на изменение голоса пациента; частоту, глубину, ритм и тип дыхания; экскурсию грудной клетки, оценить характер одышки, если таковая имеется, способность пациента к перенесению физической нагрузки, узнать дату последнего рентгенологического обследования.
Как острую, так и хроническую патологию дыхательной системы может сопровождать кашель. Следует определить его характер, количество и вид мокроты, её запах. Особое внимание надо обратить на кровохарканье, боли в грудной клетке, одышку, так как их причиной, как и кашля, может быть серьезная патология органов сердечно-сосудистой системы.

Оценка состояния сердечно-сосудистой системы.Пульс и АД определяют, как правило, до оценки состояния сердечно-сосудистой системы. В случае длительного или повторного заболевания нужно определить, какими лекарственными средствами пациент обычно купирует боли. Пациентов часто беспокоит сердцебиение. Головокружения, обморочные состояния, онемение и покалывание в конечностях - признаки гипоксии, характерного явления при патологии сердечно-сосудистой системы и дыхательной недостаточности. Они приводят к повышенному риску падений и травматизма пациента. Подробная оценка состояния сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента позволяет судить о степени удовлетворения потребности в кислороде, занимающем ведущее место в жизнедеятельности организма.

 Оценка состояния желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).На основании полученных сведений о состоянии ЖКТ пациента можно судить о степени удовлетворения его потребностей в еде, питье, выведении продуктов жизнедеятельности из организма. Необходимо выяснить у пациента, бывают ли у него нарушения аппетита, изжога, тошнота, рвота (особое внимание надо обратить на кровавую рвоту), отрыжка, расстройства пищеварения, проблемы при глотании. Осмотр целесообразно начинать с языка - зеркала желудка. Следует обратить внимание на налёт и запах изо рта, оценить аппетит пациента, выяснить его пристрастия в еде, модель питания. Необходимо отметить форму и величину живота, его симметричность.

 Оценка состояния мочевыделительной системы.При сестринском опросе и осмотре надо оценить характер и частоту мочеиспускания у пациента, цвет мочи, её прозрачность, выявить расстройства мочевыделительной системы (качественные и количественные). Недержание мочи и кала не только фактор риска развития пролежней у пациента, но и большая психологическая и социальная проблема. Если пациент носит постоянный катетер или ему наложили цистостому, сестринскому персоналу необходимо запланировать мероприятия по адаптации больного к окружающей среде, а также по профилактике инфицирования органов его мочевыделительной системы.

 Оценка состояния эндокринной системы.При оценке эндокринной системы сестринскому персоналу необходимо обратить внимание на характер оволосенения пациента, распределение подкожно-жировой клетчатки, видимое увеличение щитовидной железы. Нередко нарушения эндокринной системы, связанные с изменениями внешности, становятся причиной психологического дискомфорта пациента.

 Оценка состояния нервной системывыясняют, были ли у пациента эпизоды потери сознания, судороги, хорошо ли он спит. Необходимо расспросить пациента о его сновидениях, продолжительности и характере сна (глубокий, спокойный или поверхностный, беспокойный). Важно узнать, пользуется ли пациент снотворными, если да, то какими, и как давно он начал их применять. Проявлением неврологических расстройств у пациента может быть головная боль, потеря и изменение чувствительности.
При треморе конечностей, нарушении походки пациента следует узнать, не было ли у него в прошлом травмы головы, позвоночника. Действия сестринского персонала должны быть направлены на обеспечение безопасности такого пациента во время его пребывания в стационаре.
В случае ограничения двигательной активности пациента вследствие слабости, парезов или паралича в план сестринского ухода необходимо включить специальные мероприятия по профилактике пролежней.

**Второй этап сестринского процесса**(сестринская диагностика).

 **Второй этап сестринского процесса** (сестринская диагностика) начинается с анализа полученных при обследовании данных и выявления проблем пациента, т.е. трудностей, препятствующих ему достигать оптимального состояния здоровья в любой сложившейся ситуации, включая состояние болезни и процесс умирания. Эти затруднения касаются прежде всего удовлетворения основных жизненно важных потребностей пациента.
 Для того чтобы сделать анализ информации о пациенте конструктивным и целенаправленным, необходимо придерживаться определённых принципов.

 Понятие сестринский диагноз, или сестринской проблемы, впервые появился в Америке в середине 50-х годов и было официально призвано и законодательно закреплено в 1973 году.

 Сестринский диагноз – это описание характера существующей или потенциальной ответной реакции пациента за нарушение удовлетворения жизненно важных потребностей в связи с заболеванием или травмой. Другими словами, сестринский диагноз - симптомный или синдромный диагноз, во многих случаях это – жалобы пациента.

 Например, при медицинском диагнозе «Острый аппендицит», могут иметь место следующие сестринские диагнозы: острая боль в животе, лихорадка, тошнота, рвота, страх перед операцией.

Важно понять, что в центре любой сестринской проблемы всегда лежит нарушение удовлетворение какой-либо потребности.

 Сестринская проблема появляется тогда, когда пациент в силу тех или иных причин не в состоянии самостоятельно справится с удовлетворением жизненно важных потребностей организма. У такого пациента имеет место дефицит самоухода, в активности повседневной жизни он нуждается в физической или консультативной помощи.

**Различия медицинского и сестринского диагноза.**

|  |  |
| --- | --- |
| Врачебный диагноз | Сестринский диагноз |
| Выявление конкретного заболевания, сущности патологического процесса, происходящего в организме, например, воспаление легких. | Описание внешней, ответной реакции пациента на наличие патологического процесса в организме. Например, одышка (как одно из проявлении воспаления легких) |
| В основе- нарушение функции различных органов и систем и их причины, то есть патофизиологические и патоанатомические изменения. | В основе- нарушение удовлетворения основных человеческих потребностей как результат нарушения функции, то есть представление главным образом, самого пациента о его состоянии здоровья, его ощущения и жалобы. |
| Не изменяется (если нет врачебной ошибки) формулируется в терминах врачебной компетенции. | Подвижен, часто меняется. Формируется в терминах сестринской компетенции. |

 Таким образом медсестра рассматривает не заболевание, а внешнюю реакцию пациента на то, что с ним происходит. Эта реакция может быть обусловлена не только заболеванием, но и окружающей средой пациента. Лекарственной терапией, условиями ЛПУ, личными обстоятельствами.

**Классификация проблем пациента**

 В рамках сестринского процесса рассматривают не заболевание, а возможные реакции пациента на болезнь и своё состояние. Эти реакции могут быть:
*- физиологическими:*

* нарушения дыхания (одышка, тахипное, брадипное, непродуктивный кашель, кашель с мокротой, кровохарканье, легочное кровотечение);
* нарушения питания (избыточное питание, истощение, рвота, тошнота);
* нарушения сна и отдыха (бессонница, сонливость);
* нарушения выделения (запор, понос, метеоризм, задержка мочи, олигурия, полиурия, никтурия)
* нарушения комфорта (боль).

*-психологическими и духовные сестринские проблемы:*

* дефицит знаний (о заболевании, о целеособразном питании, о рациональной схеме приема медикаментов, о здоровом образе жизни и т. Д.)
* страх, тревога, беспокойство;
* дефицит досуга;
* дефицит семейной поддержке;
* дефицит общения;
* недоверие к медперсоналу;
* отказ от приема лекарств;
* нарушения представления о своем облике;
* страх смерти;
* чувство «ложной вины» перед родственниками из-за своего заболевания;
* чувство ложного стыда.

*- социальными:*

* социальная изоляция;
* беспокойство о финансовом положение в связи с выходом на инвалидность.

 Проблема пациента и сформулированный на её основе сестринский диагноз могут относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, в котором он работает и/или учится и к государственным службам, особенно службам социальной помощи инвалидам. Например, в такой проблеме пациента, как «социальная изоляция, связанная с ограничением возможности передвижения» могут быть повинны как члены семьи, так и государство.
 В зависимости от времени появления сестринские диагнозы (проблемы пациента) делятся на существующие и потенциальные.

 Существующие (отсутствие аппетита, головная боль и головокружение, страх, беспокойство, диарея, дефицит самообслуживания и т.п.) имеют место в данный момент, «здесь и сейчас».

 Потенциальные проблемы (риск аспирации рвотными массами, риск обезвоживания по причине неукротимой рвоты и диареи, высокий риск инфицирования, связанный с оперативным вмешательством и сниженным иммунитетом, риск развития пролежней и т.п.) могут появиться в любой момент. Их возникновение необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.

Как правило, сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. При артериальной гипертензии наиболее вероятны головная боль, головокружения, тревожность, недооценка своего состояния, дефицит знаний о заболевании, высокий риск осложнений. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.

Во время сестринского диагностирования учитывают все проблемы пациента, которые могут быть устранены или скорректированы сестринским персоналом. Затем их ранжируют в порядке значимости и приступают к их решению, начиная с наиболее важных. При установлении приоритетов может быть использована пирамида потребностей А. Маслоу.

*Критерии выбора приоритетов:*

1. Все неотложные состояния, например, острая боль в сердце. Риск развития легочного кровотечения.
2. Проблемы наиболее тягостные для пациента в настоящий момент, то, что наиболее беспокоит, является для него главным сейчас, самым мучительным. Например, пациент с заболеванием сердца, страдающий приступами загрудинных болей, головными болями, отеками, одышкой. Может указать именно на одышку как свое главное страдание. В этом случае «одышка» будет являться приоритетной сестринской проблемой.
3. Проблемы способные привести к развитию осложнениям и ухудшению состоянию пациента. Например, риск развития пролежней у неподвижного пациента.
4. Проблемы, решение которых приводит к разрешению ряда других проблем. Например, снижение страха перед предстоящей операцией улучшает сон, аппетит и настроения пациента.

 Выявленные и сформулированные проблемы - сестринские диагнозы - фиксируют в соответствии с приоритетами в плане сестринского ухода СИБ.

**Третий этап сестринского процесса – планирование ухода.**

 После обследования, установления диагноза и определения первичных проблем пациента, сестра формулирует цели ухода, ожидаемые результаты и сроки, а также методы, способы, приёмы, т.е. сестринские действия, которые необходимы для достижения поставленных целей. Необходимо путём правильного ухода устранить все осложняющие болезнь условия, чтобы она приняла своё естественное течение.
 Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода.

*Различают два вида целей:*

1. *Краткосрочные цели* должны быть выполнены за короткое время (обычно за 1-2 недели).

2. *Долгосрочные  цели* достигаются за более длительный период времени, направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний.

*Каждая цель включает 3 компонента:*

1.действие;
2.критерии: дата, время, расстояние;

3.условие: с помощью  кого/чего-либо.

После формулировки целей медсестра составляет собственно план ухода за пациентом, представляющий собой подробное перечисление специальных действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода.
 *Требования к постановке целей*:

1. Цели должны быть реальными.

2. Необходимо устанавливать конкретные сроки достижения каждой цели.
3 Цели сестринского ухода должны находиться в пределах сестринской, а не врачебной компетенции.
4. Формулироваться в терминах пациента, а не медсестры.

*Составление плана ухода*

 После формулировки целей сестринский персонал составляет письменный план ухода за пациентом. План - письменное руководство по уходу, представляющее собой подробный перечень специальных действий, направленных на достижение целей по определённой проблеме пациента в конкретной ситуации.

 План обязательно должен быть конкретным, не допускаются общие фразы и расплывчатые рассуждения. Другими словами, если Вы планируете провести беседу с пациентом, нужно записать тезисы этой беседы.

 Например, по приоритетной проблеме пациента «острая боль в животе» цель может быть сформулирована следующим образом: поддержать боль на уровне терпения все время до операции.

План:

1. Медсестра придаст пациенту удобное положение, облегчающее боль.
2. Медсестра обеспечить прием болеутоляющих средств каждые два часа, в соответствии с назначение врача.
3. Медсестра обучить пациента технике релаксации (расслабления)
4. Медсестра применит словестное внушение и отвлечение.

 При составлении плана ухода медсестра может руководствоваться соответствующими стандартами сестринского вмешательства, если под стандартом понимается перечень научно обоснованных мероприятий, обеспечивающих качественный уход за пациентом по определенной проблеме.

 Например, ознакомьтесь с примерным стандартом сестринских вмешательств при проблеме «стул со склонностью к запорам»

Сестринская проблема: стул со склонностью к запорам. Цель: краткосрочная- у пациента будет стул не реже одного раза в два дня; долгосрочная – пациент продемонстрирует знания о способах борьбы с запорами к моменту выписки.

 Характер сестринских вмешательств:

1. Обеспечить кисло-молочную, растительную диету (творог, овощи, черный хлеб, фрукты, зелень) - диета №3.
2. 2. Обеспечить достаточный прием жидкости (кисло-молочных продуктов, соки, вода) до 2- х литров в день.
3. Попытаться выработать у пациента условный рефлекс на дефекацию в определенное время суток (утром через 15020 минут после приема стана холодной воды на тощак).
4. Обеспечить достаточную двигательную активность пациенту.
5. Обеспечить прием слабительных и постановку опорожнительных клизм по назначению врача.
6. Регистрировать ежедневно кратность стула в медицинской документации.

 Стандарт создается в помощь медсестре, это справочник, но следует помнить, что в стандарте невозможно предусмотреть все разнообразие клинических ситуаций, поэтому нельзя его применять необдуманно.

 Например, включение в рацион большого количества овощей и фруктов, черного хлеба не может быть рекомендовано страдающему запорами пациенту с воспалительными заболеваниями кишечника, много жидкости постановку очистительной клизмы на фоне отеков.

 Формальные стандарты облегчают работу медсестры, но никогда не заменят ее самостоятельного суждения. Стандарт обобщает сестринские знания и рассчитан лишь на работу в типичных ситуациях, а не с конкретными пациентами. От медсестры при составлении индивидуального плана ухода требуется умение гибко применять стандарты в реальных ситуациях. Медсестра имеет право исключить любой пункт стандарта из своего плана ухода, либо, наоборот, добавить план действием непредусмотренными стандартом.

 После формулировки цели и составления плана ухода медсестра обязательно согласовывает свой действия с пациентом, заручается его поддержкой.

 План ухода обязательно записывается в СИБ, что обеспечивает:

Продуманность, последовательность, систему в оказаний сестринской помощи.

Преемственность и координацию ухода между сестрами – манипуляторами.

Легко осуществимый контроль за качеством сестринской помощи.

План позволяет быстро подсчитать материальные затраты на уход.

**Четвертый этап сестринского процесса - реализация плана ухода.**

 Выполнение плана ухода в теории следует после планирования сестринских действий. Однако на практике выполнение может начаться сразу после обследования. Прибегать к немедленному выполнению необходимо только в тех случаях, когда есть прямая угроза физиологическому или психологическому состоянию пациента. Примерами такого состояния могут быть нестерпимая острая боль, эмоциональный срыв, вызванный п неожиданной смертью близкого человека, неукротимая рвота, внезапная остановка сердца и т.д.
 Выполнение - это такое поведение сестринского персонала, которое направлено на достижение ожидаемого результата ухода вплоть до его завершения.

 **Выполнение включает**:

- оказание помощи, физической и психологической;

- управление деятельностью по самоуходу;

- обучение и консультирование пациента и его семьи;

- оценку работы всей бригады;

- фиксирование и обмен важной для лечения информацией. Выполнение начинается, как правило, после того, как план уже выработан в соответствии

с целями и ожидаемыми результатами ухода процесса этап.
 ***Сестринское вмешательство*** - это любое действие сестринского персонала, которое приводит в действие план ухода или любую задачу этого плана. Это могут быть: поддержка, лечение, забота, обучение и пр.
Как известно, сестринский персонал выполняет вмешательства, которые могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми. Кроме этого, есть вмешательства, которые должны основываться на приказах и стандартах сестринской практики.

**Сестринские вмешательства могут включать**:
- оказание помощи в выполнении действий, связанных с жизненными потребностями;
- советы и инструкции больному и членам его семьи;

- уход за больным для достижения лечебных целей;

- создание условий для скорейшего достижения лечебных целей;
- наблюдение и оценку работы всех участников ухода.

*Виды сестринской деятельности.*

Сестринский персонал для осуществления плана ухода использует разнообразные виды сестринской деятельности, выбор которых зависит от состояния пациента. Так, больные с вынужденным ограничением подвижности нуждаются, прежде всего, в помощи, связанной с естественными жизненными потребностями. Если будет установлено, что пациенту недостаёт знаний, или он владеет недостоверной информацией, необходимо подключить действия, направленные на обучение. Для решения определённой проблемы пациента выбирается вид воздействия (стратегия), направленный на её решение. **В числе этих воздействий можно назвать следующие:**
1. ***Оказание помощи в деятельности, связанной с ежедневными жизненными потребностями.*** Такая помощь заключается в обеспечении кормления пациента, одевания, умывания, чистки зубов, подачи судна и т.д

2. ***Советы.*** Совет - это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка..
3. ***Обучение.***

4. ***Уход для достижения целей пациента.*** Сестринский персонал определяет проблемы и планирует уход при активном участии пациента. Основная цель пациента - обретение независимости от других лиц.

5. ***Создание условий для скорейшего достижения целей лечения.*** Благоприятная обстановка, внутренний климат самого лечебного учреждения, окружение оказывают влияние на состояние пациентов, течение и прогноз заболевания.

6. ***Профилактические мероприятия.*** Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья, предотвращение заболеваний. Профилактические мероприятия гораздо шире и разнообразнее, чем просто выполнение определённых действий по уходу. Они направлены на пропаганду здорового образа жизни и ответственного отношения людей к своему здоровью; выявление и устранение факторов риска различных заболеваний; раннюю диагностику и своевременное лечение; предупреждение осложнений, в том числе ятрогенного характера; усиление реабилитационных возможностей пациентов и оказание помощи инвалидам.
7. ***Выполнение процедур и манипуляций по уходу.*** Сестринский персонал должен в совершенстве владеть техникой проведения сестринских манипуляций.
8. ***Выполнение мероприятий по оказанию неотложной доврачебной помощи.***

 Существует три категории сестринского вмешательства: независимое, зависимое, взаимозависимое. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

 *Независимое* – предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от др. специалистов (например, измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.).

 *Зависимое* – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.).

 *Взаимозависимое* – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

 Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной и реабилитирующей.

 *Временная* помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода — при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т.д.

 *Постоянная* помощь требуется больному на протяжении всей жизни – при ампутации конечностей, при осложнённых травмах позвоночника и костей таза и т.д.

 *Реабилитирующая помощь* — длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

**Заключительный пятый этап сестринского процесса** - **оценка эффективности ухода и коррекция его при необходимости.**

 **Цели этапа:**

- оценить реакции пациента на сестринский уход;

- оценить полученные результаты и подвести итоги;

- оформить выписной эпикриз;

- проанализировать качество оказанной помощи.

Оценку ухода проводят не только в день выписки пациента из стационара, а постоянно, при каждой встрече: на обходе с врачом, на процедурах, в коридоре, столовой и т.п. Состояние пациента меняется ежедневно и даже несколько раз в день, что не всегда вызвано характером заболевания и лечением. Это может быть обусловлено взаимоотношениями с соседями по палате, медицинским персоналом, отношением к процедурам, известиями из дома или от родственников. Наблюдение за пациентом - тоже действие сестринского персонала.

 **Этап оценки** - это мыслительная деятельность. Сестринскому персоналу предстоит на основе использования определенных критериев оценки сравнить имеющиеся результаты ухода с желаемыми: оценить реакцию пациента и на этой основе сделать вывод о полученных результатах и качестве оказания помощи.

 ***Для объективной оценки степени успешности ухода необходимо:***

- уточнить поставленную цель и ожидаемый результат в поведении или реакции пациента на заболевание или свое состояние:
- оценить наличие у пациента желаемой реакции или поведения;
- сравнить критерии оценки с имеющейся реакцией или поведением;
- определить степень согласованности между целями и реакцией пациента.

*Критерии оценки*

Оценочными критериями могут быть слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от соседей по палате или родственников. Например, при отёках оценочными критериями могут выступать показатели веса и водного баланса, при выявлении уровня боли - пульс, положение в постели, поведение, вербальная и невербальная информация и цифровые шкалы оценки боли (если их используют).
 Если поставленные цели выполнены, проблема пациента решена, сестринский персонал должен сделать соответствующую запись в истории болезни, поставить дату решения проблемы и свою подпись.
Иногда решающую роль на этапе оценки играет мнение пациента о проведённых действиях.

Источником оценки выступает не только пациент. Сестринский персонал учитывает мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, участвующих в лечении и уходе за пациентом.
Оценку эффективности всего ухода проводят при выписке пациента, переводе его в другое ЛПУ либо в патологоанатомическое отделение в случае летального исхода.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривают или прерывают.

 **Когда цель частично или полностью не достигнута, следует проанализировать причины неудачи, среди которых могут быть:**- отсутствие психологического контакта между персоналом и пациентом;
- языковые проблемы в общении с пациентом и родственниками;
- неполная или неточная информация, собранная на момент поступления пациента в стационар или позже;

- ошибочная трактовка проблем;

- нереальные цели;

- неверные пути достижения целей, отсутствие достаточного опыта и профессионализма в выполнении конкретных действий по уходу;
- недостаточное или чрезмерное участие самого пациента и родственников в процессе ухода;

- нежелание при необходимости просить о помощи коллег.

 В случае отсутствия эффекта сестринский процесс начинают заново всё в той же последовательности.

Оценка позволяет персоналу не только выяснить реакцию пациента на предоставленный уход, а также выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.

 **Оформление выписного эпикриза.**

При окончании времени пребывания пациента в стационаре, краткосрочные цели ухода часто уже достигнуты. При подготовке к выписке оформляют выписной эпикриз, пациента передают под наблюдение участковой медсестре, которая продолжит уход по решению долгосрочных целей, связанных с реабилитацией и профилактикой рецидивов. Эпикриз предусматривает отражение всего ухода, полученного пациентом в ЛПУ. В нём фиксируют:

- проблемы, присутствующие у пациента на день поступления;

- проблемы, появившиеся во время пребывания в отделении;

- реакции пациента на предоставленный уход;

- проблемы, оставшиеся при выписке;

- мнение пациента о качестве оказанной помощи. Сестринский персонал, который продолжит уход за пациентом после выписки, вправе для скорейшей адаптации пациента к домашним условиям пересмотреть запланированные мероприятия.

**КАРТА ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Ф.И.О.** | **ВНЕШН.****ВИД** | **ТЕСТ** | **СИТУАЦ. ЗАДАЧА** | **ФРОНТ.****ОПРОС** | **ТЕРМ.****ДИКТАНТ** | **САМОСТ.****РАБОТА** | **ДЕЛОВАЯ ИГРА** | **ИТОГ** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

дата проведения занятия:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Преподаватель: \_\_\_\_\_

**Дидактический материал.**

**Тест**

**Вариант №1.**

**Выберите один правильный ответ.**

1. Краткосрочные цели решают в течение:

а) 1 месяца.

б) 3 недель.

в) 2 недель.

1. Независимые вмешательства – это

а) Внутримышечная инъекция, назначенная врачом.

б) Беседа медсестры с пациентом по поводу предстоящей операции.

в) Внутривенная инъекция, назначенная врачом.

1. Цели должны быть:

а) Реальными и достижимыми.

б) Интересными и объемными.

в) Понятными для медсестры.

1. Сестринский процесс состоит из:

а) 3 этапов.

б) 4 этапов.

в) 5 этапов.

1. В первую очередь решают:

а) Потенциальные проблемы.

б) Настоящие проблемы.

в) Приоритетные.

1. К социальным проблемам относится:

а) Рвота.

б) Лихорадка.

в) Страх смерти.

г) Беспокойство по поводу увольнения с работы.

1. Первый этап сестринского процесса называется:

а) Постановка сестринского диагноза.

б) Реализация плана ухода.

в) Обследование пациента.

1. Информация о пациенте бывает:

а) Субъективная и объективная.

б) Хорошая и плохая.

в) Настоящая и прошлая.

1. К физиологическим проблемам пациента относиться:

а) Тошнота.

б) Дефицит общения.

в) Социальная изоляция.

1. К психологическим проблемам относиться:

а) Запор.

б) Социальная изоляция.

в) Чувство ложной вины.

**Тест.**

**Вариант №2.**

**Выберите один правильный ответ.**

1. Долгосрочные цели решаются в течение:

а) 10-14 дней.

б) в течение 2 недель.

в) более 2-х недель.

1. Зависимое вмешательство – это:

а) Заполнение СИБ.

б) Помочь пациенту придать удобное положение во время приступа боли.

в) Закапывание капель в глаза, назначенное врачом.

1. Второй этап сестринского процесса называется:

а) Сбор информации.

б) Оценка результатов ухода.

в) Постановка сестринского диагноза.

1. К физиологической проблеме относиться:

а) Бессонница.

б) Отказ от приема лекарств.

в) Недоверие к мед. персоналу.

1. К психологическим проблемам относится:

а) Жажда.

б) Дефицит досуга.

в) Головная боль.

1. К социальным проблемам относиться:

а) Слабость.

б) Понос.

в) Плохое материальное положение.

1. Выберите сестринский диагноз:

а) Острый живот.

б) Гипертоническая болезнь.

в) Избыточное питание.

1. В первую очередь решают:

а) Существующие проблемы.

б) Потенциальные.

в) приоритетные.

1. Сестринский процесс состоит из:

а) 2 этапов.

б) 6 этапов.

в) 5 этапов.

1. На 3 этапе сестринского процесса медсестра:

а) Реализует план ухода за пациентом.

б) Составляет цели и план ухода за пациентом.

в) Оценивает результат ухода за пациентом.

**Ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

 В пульмонологическом отделении находится на лечении пациент Т. 68 лет c диагнозом пневмония.
 Жалобы на выраженную слабость, головную боль, кашель с отделением большого количества зловонной гнойной мокроты, однократно отмечал примесь крови в мокроте.
Пациент лечился самостоятельно дома около 10 дней, принимал аспирин, анальгин. Вчера к вечеру состояние ухудшилось, поднялась температура до 400 С с ознобом, к утру упала до 360 С с обильным потоотделением. За ночь 3 раза менял рубашку. Усилился кашель, появилась обильная гнойная мокрота. Больной заторможен, на вопросы отвечает с усилием, безразличен к окружающим.
 Объективно: при перкуссии справа под лопаткой определяется участок притупления перкуторного звука. Дыхание амфорическое, выслушиваются крупнопузырчатые влажные хрипы.
 Рентгенологические данные: в нижней доле правого легкого интенсивная инфильтративная тень, в центре которой определяется полость с горизонтальным уровнем жидкости.
 Общий анализ крови: ускоренная СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево.

Задания.
 Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Задача №2**

 Пациент 38 лет находится на стационарном лечении в пульмонологическом отделении с диагнозом экссудативный плеврит. Жалобы на повышение температуры, одышку, боль и чувство тяжести в грудной клетке справа, сухой кашель, общую слабость, головную боль, нарушение сна. Считает себя больным 2 недели, ухудшение наступило в последние 2 дня: усилилась одышка, температура повысилась до 390 С, с ознобом и проливным потом. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Тревожен, депрессивен, жалуется на чувство страха, плохой сон. В контакт вступает с трудом, не верит в успех лечения, выражает опасение за свое здоровье.

 *Объективно:* сознание ясное, состояние тяжелое, больной лежит на правом боку. Кожные покровы чистые, бледные, влажные, цианоз носогубного треугольника. Дыхание поверхностное, ЧДД 40 в мин, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно ниже третьего ребра на задней поверхности грудной клетки определяется тупость. При аускультации дыхание справа не проводится. Пульс 120 уд./мин. АД 100/50 мм рт. ст. Рентгенологически - справа ниже третьего ребра интенсивное затемнение с верхней косой границей, со смещением органов средостения влево.

Задания.

 Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Задача №3**

При флюорографическом осмотре у 35 летнего мужчины было найдено слева в подключичной зоне инфильтративное неоднородное затемнение, с нечеткими контурами, диаметром 3×4 см. Направлен в стационар с диагнозом инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого. В последнее время пациент стал замечать быструю утомляемость, слабость, потливость, особенно по ночам, небольшое покашливание, снижение аппетита. Этому состоянию не придавал значения и никуда не обращался. Пациент обеспокоен своим заболеванием, волнуется за здоровье жены и детей, боится лишиться работы.

*Объективно:* состояние удовлетворительное, имеется дефицит веса, температура 37,20 С, в легких слева в верхних отделах дыхание ослаблено, хрипов нет.

Задания.

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Задача №4.**

 Пациент Н. 17 лет поступил на стационарное лечение в кардиологическое отделение с диагнозом ревматизм, активная фаза. Ревматический полиартрит. Жалобы на повышение температуры до 37,8°С, боли в коленных, локтевых, лучезапястных суставах летучего характера, неприятные ощущения в области сердца, общую слабость, снижение аппетита. Больным себя считает в течение двух недель, заболевание связывает с перенесенной ангиной. Пациент плохо спит, тревожен, выражает беспокойство за исход болезни, боится остаться инвалидом.

 *Объективно:* состояние средней тяжести, кожные покровы чистые, коленные, локтевые, лучезапястные суставы отечны, горячие на ощупь, болезненные, кожа над ними гиперемирована, движение в суставах не в полном объеме. В легких патологических изменений нет, ЧДД=18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс 92 уд./мин., АД=110/70 мм рт. ст.

Задания.

 Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

**Эталон ответов.**

Тест №1.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-в | 2-б | 3-а | 4-в | 5-в |
| 6-г | 7-в | 8-а | 9-а | 10-в |

Тест №2.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1в | 2-в | 3-в | 4-а | 5-б |
| 6-в | 7-в | 8-в | 9-в | 10-б |

**Задача №1.**

Проблемы пациента

*Настоящие*: лихорадка, кашель со зловонной мокротой, беспокойство по поводу исхода заболевания.

*Потенциальные*: ухудшение состояния пациента, связанные с развитием осложнений, кровотечение, дыхательная недостаточность.

*Приоритетная* проблема: кашель с обильной гнойной мокротой.

Краткосрочная цель: улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент не будет предъявлять жалоб на кашель со зловонной мокротой к моменту выписки.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. Обеспечение пациента плевательницей с притертой крышкой, заполненной на 1/3 дез. раствором. | Для сбора мокроты с гигиенической целью. |
| 2. Создание пациенту удобного положения в постели (постуральный дренаж). | Для облегчения дыхания и лучшего отхождения мокроты. |
| 3. Обучение пациента правильному поведению при кашле. | Для активного участия пациента в процессе выздоровления. |
| 4. Обучение пациента дыхательной гимнастике, направленной на стимуляцию кашля. | Для улучшения кровообращения и отхождения мокроты. |
| 5. Контроль за выполнением пациентом комплекса дыхательных упражнений. | Для эффективной микроциркуляции в легочной ткани. |
| 6. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты. | Для улучшения аэрации легких, обогащения воздуха кислородом. |
| 7. Проведение беседы с родственниками об обеспечении питания пациента с высоким содержанием белка, витаминов и микроэлементов. | Для компенсации потери белка и повышения защитных сил организма. |
| 8. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента: измерение АД, ЧДД, пульса, температуры тела. | Для ранней диагностики и своевременного оказания неотложной помощи в случае возникновения осложнений. |

**Задача№2.**

Проблемы пациента

*Настоящие:* одышка;лихорадка;нарушение сна;беспокойство за исход лечения;

Потенциальные: сепсис; легочно-сердечная недостаточность.

*Приоритетная проблема:* одышка.

*Краткосрочная цель*: пациент отметит уменьшение одышки на 7-й день стационарного лечения.

*Долгосрочная цель*: пациент не предъявит жалоб на затруднения дыхания к моменту выписки.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. Обеспечить проведение оксигенотерапии. | Для купирования гипоксии. |
| 2. Обеспечить психологическую подготовку больного к плевральной пункции. | Для снятия страха перед процедурой. |
| 3. Подготовить необходимые инструменты и медикаменты для проведения плевральной пункции. | Для уточнения диагноза и лечения. |
| 4. Обеспечить регулярное проветривание палаты. | Для притока свежего воздуха, уменьшения гипоксии. |
| 5. Обеспечение обильного теплого витаминизированного питья больному. | Для восполнения потерь жидкости, повышения иммунных сил организма. |
| 6. Обучение пациента лечебной физкультуре с элементами дыхательной гимнастики. | Для предупреждения спаечного процесса плевральной полости, осложнений. |
| 7. Контроль за выполнением комплекса дыхательных упражнений пациента. | Для эффективной микроциркуляции крови в легочной ткани. |
| 8. Объяснить пациенту суть его заболевания, методы диагностики, лечения и профилактики осложнений и рецидивов заболевания. | Для достижения полного взаимопонимания между медицинским персоналом и больным, улучшения сна, снижения тревоги, повышения уверенности в благоприятном исходе лечения. |
| 9. Проведение лечебного массажа с элементами вибрации. | Для рассасывания экссудата, предупреждения спаек. |
| 10. Проведение беседы с родственниками о рациональном питании. | Для повышения защитных сил организма. |
| 11. Наблюдение за внешним видом и состоянием пациента. | Для ранней диагностики осложнений и своевременного оказания неотложной помощи. |

**Задача №3.**

Проблемы пациента

*Настоящие:* слабость, утомляемость, потливость, небольшой кашель, лихорадка, тревога за исход болезни и здоровье близких.

*Потенциальные*: прогрессирование заболевания с развитием осложнений: кровохарканье, плеврит, дыхательная недостаточность.

*Приоритетные*: слабость.

*Краткосрочная цель*: уменьшение слабости через 1 неделю.

*Долгосрочная цель*: исчезновение слабости через 3 месяца, демонстрация пациентом знаний факторов риска, ведущих к обострению заболевания.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. Обеспечение достаточного ночного и дневного сна. | Для восстановления работоспособности, активации защитных сил |
| 2. Обеспечение достаточного питания с повышенным содержанием белка, витаминов, микроэлементов. | Для повышения защитных сил организма, повышения уровня специфических антител, активизации репаративных процессов. |
| 3. Обеспечение доступа свежего воздуха в помещение, проветривание. | Для улучшения аэрации легких, ликвидации гипоксии. |
| 4. Прогулки и умеренная физическая нагрузка на свежем воздухе. | Для повышения аппетита, активизации защитных сил организма. |
| 5. Контроль за выполнением комплекса дыхательных упражнений. | Для улучшения микроциркуляции в легких. |
| 6. Проведение беседы с пациентом о необходимости медикаментозного лечения, объяснение правил приема препаратов и их побочных эффектов. | Для повышения эффективности лечения, что приведет к ликвидации слабости. |
| 7. Контроль за своевременной сдачей мокроты, крови для исследования, динамической Rh-графии. | Для контроля эффективности лечения. |

**Задача №4.**

Проблемы пациента

*Настоящие:* боли в суставах;лихорадка;неприятные ощущения в области сердца;снижение аппетита;слабость; плохой сон;

*Потенциальные:* формирование порока сердца; риск развития ревмокардита; сердечная недостаточность.

*Приоритетной* проблемой пациента являются боли в суставах.

*Краткосрочная цель:* пациент отметит снижение болей в суставах к концу 7-го дня стационарного лечения.

*Долгосрочная цель:* пациент отметит исчезновение болей и восстановление функции суставов к моменту выписки.

|  |  |
| --- | --- |
| **План** | **Мотивация** |
| 1. Обеспечить лечебно-охранительный режим пациенту | Для создания психоэмоционального комфорта и профилактики возможных осложнений заболевания |
| 2. Укрыть теплым одеялом, обеспечить его теплом | Для снятия болей |
| 3. Обеспечить пациенту обильное, витаминизированное питье (2–2,5 л) | Для снятия интоксикации и повышения защитных сил организма |
| 4. Ставить компрессы на область болезненных суставов по назначению врача | Для снятия воспаления |
| 5. Следить за диурезом пациента | Для контроля водно-электролитного баланса |
| 6. Следить за деятельностью кишечника | Для профилактики запоров |
| 7. Осуществлять контроль за гемодинамикой пациента | Для ранней диагностики возможных осложнений |
| 8. Провести беседу с родными по обеспечению пациента питанием в соответствии с диетой № 10 | Для уменьшения задержки жидкости в организме |

**8.Список литературы:**

1. Т.П. Обуховец и О.В. Чернова «Основы Сестринского дела» Ростов-на Дону «Феникс» 2009г.
2. И.В. Островская и Н.В. Широкова «Основы сестринского дела» «ГЭОТАР-Медиа» Москва 2008 г.
3. Сопина З.Е. Современная организация сестринского дела, М., 2010г.
4. Кулешова Л.И. Основы сестринского дела, Ростов – на- Дону, 2012г.
5. Островская И.В. Основы сестринского дела, М., 2008г.
6. Мухина С.А. Теоретические основы сестринского дела, М., 2008г. г.
7. Гулова С.А., Казакова Т.Ф., Галахова И.Е. Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу. – СПб.: , 2008.
8. Вальчук А.Э., Личностные особенности и специфика труда медицинских сестер // Медицинская сестра на рубеже ХХI века Сб.научн.работ.-Гродно, 2007.
9. Хеннеси Д, Хикс С. Идеальные качества главных медицинских сестер в Европе// Медицинские знания.-2008.-№2
10. Соколова Э.А. Психологические проблемы руководителей и подчиненных в медицинском коллективе // Современная психология: состояние и перспективы. Тез.докл.юбил. науч.конф ИП РАН. М.:,2008.

Интернет – ресурсы:

1. http://sashko-ku.narod.ru/zada4i/1.htm.