Оглавление:

1. Введение
   1. Современная организация оказания сестринской помощи в условиях реанимационного отделения
   2. Задачи медсестры реанимационного отделения
   3. Стандартизация в профессиональной деятельности медсестры
2. Обзор литературы
   1. Стандартизация профессиональной деятельности медсестры при уходе за пациентами в послеоперационном периоде
   2. Стандарт сестринской документации при уходе за пациентом в палате интенсивной терапии
3. Методика исследования
   1. Характеристика базы исследований
   2. Анализ работы реанимационного отделения
      1. Распределение больных по возрасту
      2. Состав больных по профилю
      3. Ведущие патологические синдромы при анестезии и интенсивной терапии
      4. Реанимационные манипуляции и диагностические процедуры
   3. Выявление проблем пациента
      1. Проблемы пациента гинекологического профиля в послеоперационном периоде
      2. Проблемы пациента неврологического профиля
      3. Проблемы пациента кардиологического профиля
      4. Проблемы пациента при сахарном диабете
      5. Проблемы пациента при заболевании органов дыхания
4. Результаты собственного исследования
   1. Стандартизация профессиональной деятельности медсестры
      1. Стандарты деятельности медсестры при уходе за пациентами гинекологического профиля в послеоперационном периоде
      2. Стандарт деятельности медсестры при уходе за пациентами неврологического профиля
      3. Стандарты деятельности медсестры при уходе за больными с заболеваниями ССС
      4. Стандарты деятельности медсестры при уходе за пациентами с заболеванием – сахарный диабет
      5. Стандарты деятельности медсестры при уходе за пациентами с заболеваниями органов дыхания
   2. Карта сестринского наблюдения за пациентом при уходе за пациентом в реанимационном отделении
5. Заключение
6. Предложения
7. Список использованной литературы
8. Приложения

**Введение**

С давних пор человек пытается бороться с болезнью и смертью. Но наибольший протест в сознании человека вызывает преждевременная смерть.

Организм человека – сложная система, все части которой связаны между собой тысячами нитей в единое целое. Потеря взаимосвязи превращает тело человека в сумму тканей, каждая ткань и орган человека начинают жить сами по себе, а это может привести к гибели организме. Такое состояние называется терминальным состоянием и возникает на самых последних этапах жизни человека.

Установлено, что человек продолжает жить некоторое время после остановки дыхания и прекращения работы сердца. В случае необходимости человека ещё можно вернуть к жизни, путем проведения реанимационных мероприятий, которые должен уметь каждый медицинский работник.

**Реанимация – это система мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма и выведение его из терминального состояния.** Эти мероприятия обеспечивают в первую очередь эффективное дыхание и кровообращение.

Анестезиология и реаниматология как клиническая дисциплина играет важную роль в медицинской практике. Все это объясняется принципами и задачами, которые определяют сущность самой анестезиологии и реаниматологии.

Задача анестезиологии сводиться не только к устранению боли и выключению сознания пациента в процессе операции, но и к обеспечению безопасности во время операции и в посленаркозном и послеоперационном периодах.

Специфика касается всех разделов реанимации: методика проведения и выбора анестезии, интенсивной терапии и реанимационных манипуляций, деонтологических проблем, показания к использованию того или иного метода лечения, дозировки различных препаратов и многих других аспектов. Поэтому медсестры отделения должны обладать фундаментальными знаниями в области реаниматологии и анестезиологии. Также немаловажное значение имеет подход медсестры к пациенту, ее желание и умение работать с пациентами.

* 1. **Современная организация оказания сестринской помощи в условиях реанимационного отделения**

Современные достижения медицинской науки и техники значительно расширили возможности эффективного лечения пациентов, состояние которых ранее считалось безнадежным. Борьба за жизнь таких пациентов становиться возможной при условии интенсивного проведения лечебных мероприятий, включающих применение разнообразной аппаратуры и сложных реанимационных приемов.

По сложившимся понятиям, к состояниям, требующим неотложной помощи относятся те, которые представляют собой непосредственную или вероятную опасность для жизни человека.

К симптомам «неотложности» принято относить боль, рвоту, расстройства стула, одышку, асфиксию, кровотечения, признаки острого наступления функции ССС или функции нервной системы (головные боли, головокружения, судороги), каматозные состояния, острую анурию и др.

Состоянием «крайней неотложности» нужно считать клиническую смерть.

Реанимационные мероприятия состоят их двух частей: интенсивного наблюдения и собственно лечебных мероприятий. Методы интенсивного наблюдения дают возможность длительного непрерывного контроля за состоянием больного. Кроме визуального контроля за состоянием больного, своевременное интенсивное наблюдение включает использование разнообразных инструментальных методов, включая мониторные автоматически регистрирующие пульс, ЧДД, АД, биотоки сердца и другие показатели жизнедеятельности организма.

Основными условиями проведения реанимации является создание и использование специальных отделений и палат. Проведение реанимации, требующей комплекса специальной аппаратуры и участия значительного числа медицинских работников, в палате общего типа нецелесообразно.

В настоящее время различают три основных типа организации службы реанимации: многопрофильные отделения реанимации, предназначаемые как для хирургических, так и для терапевтических больных; узкоспециализированные реанимационные отделения, куда больные и пораженные поступают в порядке оказания скорой помощи; палаты реанимации при клиниках и отделениях больницы, обслуживающие находящихся в них больных и не предназначенные для обеспечения потока поступающих по скорой помощи.

При планировке палат реанимационного отделения необходимо предусмотреть возможность непрерывного наблюдения за каждым больным с поста медсестры, свободного доступа к койке каждого больного со всех сторон с учетом использования передвигающихся прикроватных аппаратов, возможность зрительной и звуковой изоляции больных друг от друга, а также выполнения всех лечебных и диагностических мероприятий и хороши налаженной связи между дежурной службой и различными подразделениями.

В стенах помещений у изголовья коек устанавливают централизованную, круглосуточно функционирующую систему подвода кислорода, закиси азота.

У постели пациента в палате должен быть прикроватный монитор. Очень важно, чтобы вся аппаратура в реанимационном отделении была постоянно готовой к работе. На одну медсестру должно приходиться не более трех обслуживаемых больных.

**1.2 Задачи медсестры реанимационного отделения**

Уникальной задачей медсестры является оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношение и его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он предпринял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. И это делается таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрел независимость. Медсестра проявляет инициативу, она контролирует выполнение этой работы, здесь она хозяйка. Кроме того, она помогает пациенту выполнить все назначения, предписанные врачом…Медсестра это ноги безногого, глаза ослепшего, опора ребенку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя, чтобы говорить (Вирджиния Хендерсон)

Работа медсестры в реанимационном отделении сопряжена большими психологическими и физическими нагрузками. Поэтому медсестра работающая в реанимационном отделении должна быть своего рода психологом, учителем, наставником и т.д.

Роль медсестры в реанимационном отделении неизмеримо возрастает, т. к. в большинстве случаев больной не может сказать, что его беспокоит, а контроль за ним должен обеспечивать жизнедеятельность всех органов и систем. У пациентов, госпитализированных в данное отделение, в желудок может быть введен зонд, в брюшной полости находится несколько дренажных трубок, а в мочевом пузыре –катетер. Все это требует от медсестры при уходе предельного внимания, понимания своих задач, ответственного выполнения назначений врача.

Своевременное информирование о малейших изменениях о состоянии больного или показателях поступивших анализов, данных аппаратов слежения, объем выделяемых и вводимых жидкостей и регистрация их в листе наблюдения является первейшей задачей медсестры

**1.3.Стандартизация в профессиональной деятельности медсестры**

17-18/3/1999 г. В Москве прошла первая научно- практическая конференция ”Проблемы стандартизации в здравоохранении РФ”, на которой обсуждались актуальные проблемы и перспективы стандартизации здравоохранения

Принятом 1991 г. в законе “О медицинском страховании граждан” впервые было определено, что критерием оценки качества и эффективности оказания медицинской помощи должны стать профессиональные стандарты. Тем не менее отсутствуют единые стандарты в нормативных документах, принятых в различных регионах РФ во многом принципиально отличаются. С целью создания единой системы стандартизации как системы управления МЗ РФ разработал ряд документов, определяющих цели стандартизации.

Медсестра должна прилагать профессиональные усилия для того чтобы внедрять и улучшать стандарты сестринской деятельности. Стандарты необходимо постоянно совершенствовать используя творческий опыт, новые знания и достижения науки. Для применения в практической деятельности медсестра должна знать:

1 Что можно назвать стандартом?

2 Что должен включать в себя стандарт?

3 Что может быть предметом стандартизации и кем должен быть утвержден документ называемый стандартом?

Эти вопросы были самыми актуальными на повестке дня Всероссийской конференции по Сестринскому делу проводимой в г. Санкт-Петербурге 1996-1997 г. Уже в течение нескольких лет работает группа по закону Ассоциации сестер РФ под руководством МЗ РФ при сотрудничестве и финансовой поддержке США.

Эта рабочая группа занимается подготовкой сестринских манипуляций и технологий.

Работа по выработке стандартов должна проводится медсестрой на рабочем месте, основываясь на умениях и навыках, которые были выработаны медсестрой в процессе применения сестринского процесса.

Письменно стандарт определяет: чего хочет достичь медсестра на уровне отделения или участка, какую помощь должна оказать медсестра, чтобы получить удовлетворительный результат.

Одним из первых важных принципов при выработке стандарта является участие мед сестры в этом процессе.

**Требование к построению стандартов:**

Стандарт предусматривает цели:

1. Защиту прав и интересов пациентов по вопросам качества получения услуг
2. Упорядочение деятельности медсестры.
3. Содействие рациональному использованию ресурсов здравоохранения.
4. Совершенствование профессиональной квалификации медсестры

**Контроль требований к стандарту:**

1. Медсестра должна мотивировать каждое свое действие.
2. Выбор основных функций в отношение, которых должен быть выработан стандарт.
3. Письменное оформление стандарта, с соблюдением логического порядка, с указанием цели стандарта, определением чего хочет достичь медсестра

**Обзор литературы**

**2.1 Стандартизация профессиональной деятельности медсестры при уходе за пациентом в послеоперационный период**

Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациентов реанимационного отделения сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становиться первых шагом к реабилитации.

В процессе ухода важно помнить не только об основных потребностях человека в питье, еде, сне и т.п., но и о потребностях конкретного пациента – его привычках, интересах, ритме его жизни до начала болезни. В статье Научно – исследовательского центра «Сестринское дело» Курского медицинского колледжа представлен профессиональный стандарт для обучения сестринскому процессу в послеоперационный период. Детально описан сестринский осмотр, его этапы и особенности проведения у пациентов в послеоперационном периоде. Указаны виды принимаемых решений. Дано понятие профессиональной сестринской коррекции и приведены ее примеры. Разработана оценка результатов. В качестве примера приведена заполненная сестринская карта.

Работа палатной медсестры в реанимационном отделении отличается большими физическими и эмоциональными нагрузками, динамична, насыщена экстремальными ситуациями.

Кроме того, работа палатной медсестры насыщена выполнением сестринских манипуляций (аспирация желудочного содержимого, инфузионная терапия, катетеризация мочевого пузыря и т.д.). И при всем при этом за смену она делает от 80 до 120 внутримышечных инъекций.

Большой объем работы требует от медсестры реанимационного отделения быстроты и высокого профессионализма при осмотре больного, принятии решения и его реанимации.

Авторы статьи утверждают, что работа по данному стандарту наиболее приемлема в отделении с большой физической нагрузкой на медсестру реанимационного отделения. Использование данного стандарта позволяет быстро и квалифицированно осмотреть больного, принять решение и реанимировать его.

**2.2 Стандарт сестринской документации при уходе за пациентом в палате интенсивной терапии**

Современная организация оказания сестринских услуг населению в условиях реформирования сестринского дела является мультидисциплинарным вопросом.

Статья Тольяттинского медицинского колледжа посвящена проблемам разработки сестринской документации. Представлена карта сестринского наблюдения (КСН) за пациентом, апробированная в лечебно – профилактических учреждениях г. Тольятти. В КСН сделана попытка отразить основные этапы сестринского процесса. Детализируется и индивидуализируется процесс наблюдения за пациентом и оказания сестринской помощи.

Регистрация сестринского наблюдения и ухода дает возможность выявить дефицит обслуживания пациента, раскрывает полную информацию о проделанной медсестрой работе, экономит время и трудовые затраты, позволяет установить , кем, когда и какого рода уход был обеспечен, наглядно показывает состояние пациента. В Тольяттинском медицинском колледже создан стандарт медицинской документации при уходе за пациентом в палате интенсивной терапии и назван КСН (карта сестринского наблюдения).

КСН состоит из нескольких разделов, это титульный лист; информация о пациенте, которая включает такие общие сведения, как биографические данные, социальные и духовные моменты, факторы риска, история здоровья пациента и другие значимые сведения, оценку состояния пациента при поступлении.

Логическим завершением блока информации являются выявление проблем пациента; очередность оказания сестринской помощи; тип сестринского обслуживания пациента.

Интегрированный лист наблюдений за жизненоважными показателями – основная документальная форма, отображающая ежедневную работу медсестер с пациентом. Он содержит сведения о состоянии здоровья пациента и позволяет выделять приоритетные направления в наблюдении.

Кроме того, они ввели лист оценки боли, лист парентеральных введений, традиционный план сестринского ухода и рекомендации по реабилитации.

На их взгляд, КСН позволяет осуществить на практике все этапы сестринского процесса, обеспечить пациенту качественный уход, активизировать творческий подход медсестер к своей работе.

Современная организация оказания сестринских услуг населению в условиях реформирования сестринского дела является мультипрлинарным вопросом.

Статья посвящена проблемам разработки сестринской документации. Представлена карта сестринского наблюдения за пациентом, апробированная в лечебно – профилактических учреждениях г. Тольятти. В карте сестринского наблюдения сделана попытка отразить основные этапы сестринского процесса. Детализируется и индивидуализируется процесс наблюдения за больным и оказания сестринской помощи.

Регистрация сестринского наблюдения и ухода дает возможность выявить дефицит обслуживания пациента, раскрывает полную информацию о проделанной медсестрой работе, экономит время и трудовые затраты, позволяет установить, кем, когда и какого рода уход был обеспечен, наглядно показывает динамику состояния пациента, обеспечивает преемственность в обслуживании и возможность системно подойти к организации сестринского ухода за пациентом. В тольяттинском медицинском колледже создан стандарт медицинской документации при уходе за больными в палате интенсивной терапии.

КСН состоит из нескольких разделов. Это титульный лист, информация о пациенте , которая включает такие общие сведения, как биографические данные, социальные и духовные моменты, факторы риска, история здоровья пациента и другие значимые сведения; оценку состояния пациента при поступлении.

При составлении последнего раздела КСН использовали методику обследования по Ван – дер – Бринг – Тьюбис, позволяющая медсестре оценить физическое состояние пациента, его способность к самоуходу; получить представление о реакции пациента на болезнь, изучить особенности его характера. С помощью этой методики медсестра оценивает нервно – психическое состояние больного, состояние его костно – мышечной системы и кожного покрова, состояние раны, параметры боли, способность пациента к передвижению, состояние его дыхательной системы, сердечно – сосудистой, пищеварительной, выделительной систем, органов репродукции, особенности сна, общения, отношения к болезни, способность к самоуходу.

Логическим завершением блока информации являются выявление проблем пациента, очередность оказания сестринской помощи, тип сестринского обслуживания пациента.

Интегрированный лист наблюдений за жизненно важными показателями – основанная документальная форма, отображающая ежедневную работу медсестер с пациентом. Он содержит сведения о состоянии пациента медсестра заполняет дополнительный лист наблюдения и вкладывает его в сестринскую карту. Дополнительный лист построен по единому принципу суточного контроля за соответствующими показателями. Медсестра отражает их изменение с помощью знаков «плюс» или «минус» или условных обозначений, в том числе дополнительно вводимых ею.

Кроме этого, в разделе «комментарии медсестры» отражаются динамика наблюдаемых показателей в течении суток, особенности течения патологического процесса, собственные суждения медсестры.

Таким образом, для каждого пациента комплектуется индивидуальный выбор листов наблюдения.

Кроме того, они ввели лист оценки боли, лист парентеральных введений, традиционный план сестринского ухода и рекомендации по реабилитации.

В листе парентеральных введений отражаются следующие данные: название препарата, антидота, анатоксина, сыворотки; дата; время; наличие интравенозного катетера; способ введения; количество вводимых растворов; скорость их введения; общее количество жидкости, введенной за сутки; реакция на введение.

Традиционный план сестринского ухода отражает основные этапы сестринского процесса. В нем медсестра ежедневно фиксирует различные проблемы пациента, сестринские действия, необходимые для их решения, оценивает эффективность своего вмешательства.

Завершает сестринскую карту лист «Рекомендации по реабилитации», в котором отражается мероприятия по физической, психологической и социальной адаптации пациента.

На их взгляд, КСН позволяет осуществить на практике все этапы сестринского процесса, обеспечить пациенту качественный уход, активизировать творческий подход медсестер к своей работе.

**3. Методика исследования**

Мною проведен анализ деятельности реанимационного отделения, в частности деятельности палатной медсестры отделения, выявлены главные особенности работы отделения и медицинского персонала.

**3.1. Характеристика базы исследования**

РАО в Городской больнице №2 – высоко самодостаточное структурное техногенное подразделение со своим штатом, автономной экспресс – лабораторией и современным медицинским оборудованием.

Отделение рассчитано на 6 функциональных коек. В штатном расписании отделения – 9 палатных медсестер.

В отделении имеется следующая аппаратура:

* Электроотсос
* ЭДО – 4 Стерилизатор
* «Фаза – S» аппарат для ИВЛ
* Мониторы
* Электростимулятор дыхания ЭСД – 2П
* Стерилизатор ГП – 40
* Дефибриллятор ДИ – С – 04
* Пульсоксиметр «Элокс» - 01

К каждой койке мимеется централизованная подача кислорода.

В отделение имеются стерильные наборы для оказания экстренной помощи (для катетеризации и спинномозговых пункций). Для наблюдения за больными в РАО имеются специальные мониторы : монитор прикроватный «Тритон»; пульсоксиметры (Элокс – 07 м; Элокс – 01 м2), которые обеспечивают контрольи регистрацию пульса, АД и венозного давления, дыхания, t0 тела и других показателей.

В РАО имеется экстренная лаборатория, которая в течении 24 часов и делает необходимые исследования.

Работа РАО близка к режиму операционного отделения. Для обмена воздуха в палате в течении суток проводится проветривание, кварцевание (4 раза по 15 минут).

Показания, по которым больной доставляется в РАО являются:

* 1. больные терапевтического профиля (невролгия, кардиология, нефрология, пульмонология), гинекологического профиля для оказания экстренной помощи
  2. послеоперационные больные, у которых возможно развитие в ближайшем послеоперационном периоде тяжелых осложнений
  3. тяжелые терапевтические больные при отсутствии результатов общепринятого лечения
  4. **Анализ работы реанимационного отделения**

Мною проведен анализ работы реанимационного отделения по следующим направлениям.

* + 1. **Распределение больных по возрасту**

Учитывая, что возраст играет определенную роль в восстановлении функций организма, у пациентов пожилого и старческого возраста тяжелее проходит послеоперационный период, ослаблен иммунитет, повышен риск осложнений, а следовательно они требуют повышенного внимания со стороны палатной медсестры. С целью выявления таких больных составлена таблица №1 (см. приложение).

Из таблицы №1 видно, что в отделении реанимации за 2002 год лиц пожилого и старческого возраста пролечилось 128 человек, что составляет 29% от общего числа пролеченных. Из них 50 человек мужчины, 78 – женщины. Летальный исход составил 36 человек, что составляет 73,4% от общего количества умерших; 16 человек женщин, что составляет 33% от общего количества умерших; 20 человек мужчин, что составляет 41% от общего количества умерших. Из выше изложенного следует, что процент геронтологических больных высок, а также высока среди них смертность. Из этого вытекает, что увеличилась нагрузка на медсестру при уходе за пациентами в агональном состоянии. Уход за больным в агональном состоянии требует повышенной собранности, наблюдательности, дисциплинированности и т.д.

**3.2.2 Состав больных по профилю**

Учитывая, что наше реанимационное отделение обслуживает больных различного профиля, конкретно: хирургического, педиатрического, терапевтического, то при уходе за каждым из них требуется особый подход, специальные профессиональные знания медсестры. Мной изучен состав больных по профилю за последние 3 года и составлена таблица №2 (см. приложение).

Из таблицы №2 видно, что основной процент 50,7%, составляют больные хирургического профиля; педиатрических практически нет; из таблицы видно, что за последние 3 года произошел резкий рост пролечившихся больных терапевтического профиля (больные с инфарктом миокарда, ОНМК, пневмонией) и прочих. В состав прочих входят следующие: отравления (алкогольные и наркотические), попытки к суициду.

Из выше изложенного следует, что профиль пациентов пролеченных в реанимационном отделении многогранен, следовательно, медсестра должна обладать навыками: перевязочной медсестры, медсестры неврологического, кардиологического, пульмонологического отделения, а так как в нашем отделении лечатся больные с отравлениями, с суицидальными попытками – это требует от медсестры знаний психологии пациента.

* + 1. **Ведущие патологические синдромы при анестезии и интенсивной терапии**

Для качественной разработки стандартов профессиональной деятельности медсестры мною были выделены ведущие патологические синдромы при анестезии и интенсивной терапии больных, пролеченных в реанимационном отделении за 2002 год, на основании, которых была составлена таблица №3 (см. приложение).

Из таблицы №3 видно, что приоритетными синдромами пациентов реанимационного отделения являются:

1. постнаркозный период – 212 человек
2. ОНМК – 70 человек
3. сахарный диабет – 23 человека
4. экзогенные отравления – 18 человек
5. острая коронарная недостаточность – 12 человек
6. кардиогенный шок – 11 человек
7. гипертонический криз – 9 человек
8. отек легкого – 8 человек

Пациенты с данными синдромами интенсивной терапии требуют специального наблюдения, более качественного ухода. Все эти параметры будут соблюдены при стандартизации деятельности медсестры реанимационного отделения.

**3.2.4 Реанимационные манипуляции и диагностические процедуры.**

С целью повышения качества оказанных сестринских услуг важна не только стандартизация деятельности медсестры реанимационного отделения, но и стандартизация манипуляций и процедур, а так как пациенты реанимационного отделения многопрофильные, то и в реанимационном отделении присутствуют различные диагностические манипуляции и процедуры. Одни из них встречаются ежедневно, другие реже, но не зависимо от этого, каждая манипуляция должна быть проведена технически грамотно. Некоторые манипуляции и процедуры медсестра проводит самостоятельно и некоторым осуществляет подготовку пациента или уход за пациентом после проведения манипуляции. Мною разработана таблица №4 (см. приложение) по количеству проведенных манипуляций и процедур, проведенных в реанимационном отделении.

Из таблицы №4 видно, что самыми распространенными процедурами пациентов реанимационного отделения являются венепункция, инфузионная терапия, проведение очистительной клизмы, техника снятия ЭКГ, катетеризация мочевого пузыря, энтеральное и зондовое питание, промывание желудка, а также уход за больным с трахеостомой, с подключенным катетером, после проведения люмбальной пункции.

Из выше изложенного следует, что деятельность медсестры реанимационного отделения требует особых профессиональных знаний и навыков, а чтобы не допустить, ошибки при проведении манипуляций и процедур необходима стандартизация.

**3.3. Выявление проблем пациента реанимационного отделения.**

С целью повышения качества оказываемых сестринских услуг в отделении реанимации, с учетом сестринского процесса, необходимы целенаправленные действия сестры, направленные на решение нарушенных потребностей пациента. Каждая нарушенная потребность является проблемой пациента, поэтому мною проведена работа по выявлению проблем пациента в зависимости от профиля заболевания:

* у пациентов неврологического профиля
* у пациентов с заболеваниями ССС
* у пациентов с сахарным диабетом
* у пациентов с заболеваниями органов дыхания

**3.3.1 Проблемы пациентов гинекологического профиля в послеоперационном периоде**

Изучив, истории болезни 246 пациентов с гинекологическими заболеваниями в послеоперационном периоде мною сделаны выводы, что приоритетными проблемами данных пациентов являются:

1. постнаркозные состояния, которые включают: тошноту, рвоту, задержку мочи, боли в области послеоперационной раны, риск аспирации рвотными массами
2. дефицит самообслуживания
3. беспокойство по поводу исхода операции
4. риск развития гипертемии
5. риск нарушения частоты пульса (тахикардия или брадикардия)
6. риск развития гипертензии
7. нарушение состояния сознания и двигательной активности.

**3.3.2 Проблемы пациентов неврологического профиля**

За 2002 год в отделении реанимации пациентов неврологического профиля пролечилось 115 человек. Изучив истории болезни этих больных, мною выделены следующие основные проблемы пациентов данного профиля:

1. Нарушение состояния сознания и двигательной активности(парез или паралич)
2. Дефицит самообслуживания
3. Нарушение питания
4. Дефицит общения, в связи с нарушением речи
5. Риск развития пролежней
6. Уход за подключичным катетером

**3.3.3 Проблемы пациентов с заболеваниями ССС**

Чаще всего в реанимационном отделении пациенты кардиологического профиля лежат с гипертоническим кризом, нарушением сердечного ритма, острой коронарной недостаточностью, острой сердечной недостаточностью. Таких пациентов за 2002 г. в отделении реанимации пролежало 21 человек.

Изучив истории, болезни данных пациентов мною установлены следующие приоритетные проблемы

1. Нарушение состояния сознания и двигательной активности
2. Дефицит самообслуживания
3. Нарушение питания
4. Нарушение сердечных сокращений (тахикардия, брадикардия)
   * 1. **Проблемы пациентов с сахарным диабетом.**

За 2002 год в реанимационном отделении пациентов с диагнозом ”Сахарный диабет” пролечилось 88 человек. После изучения истории болезни этих больных мною выделены следующие основные проблемы пациентов данного профиля:

1. Жажда
2. Запах ацетона изо рта.
3. Тошнота, рвота

**3.3.5. Проблемы пациентов с заболеваниями органов дыхания.**

В 2002году в отделении реанимации пациентов с заболеваниями органов дыхания пролечилось 20 человек. Анализируя жалобы пациентов данного профиля, пришла к выводу, что основными проблемами пациентов с заболеваниями органов дыхания являются:

1. Гипертермия.

2. Одышка.

3. Риск отека легкого

4. Кашель с труднопроходимой мокротой

5. Риск развития астматического статуса при бронхиальной астме

**4.Результаты собственного исследования**

* 1. **Стандартизация профессиональной деятельности медсестры реанимационного отделения**

На основании проведенного образа литературы **по** оказанию неотложной помощи, внедрению сестринского процесса в отделения реанимации, а также анализа проблем пациентов, пролечившихся в нашем реанимационном отделении, мною сделан вывод:

1. Работа сестры реанимационного отделения многопрофильна и требует разнообразных знаний от нее

2. Сестра реанимационного отделения должна обладать навыками не только ухода, но и навыками работы с приборами, аппаратами, уметь оказать неотложную помощь.

3. С целью повышения качества оказываемых сестринских услуг, снижения профессиональных ошибок необходима стандартизация профессиональной деятельности сестры реанимационного отделения.

**4.1.1. Стандарты деятельности медсестры при уходе за пациентами гинекологического профиля в послеоперационном периоде.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Проблемы** | **Этапы** | | **Обоснования** |
| **Постнаркозные состояния** | | | |
| 1. Тошнота, рвота  2.Риск аспирации рвотными массами  3. Задержка мочи  4. Боли в области операционной раны  5.Дефицит самообслуживания  Подача пациенту мочеприем-  ника | 1. Усадить пациента, грудь прикрыть клеенкой  2. Дать полотенце, поставить к ногам таз  3. Сообщить врачу  4. Придерживать голову пациента во время акта рвоты  5. Дать прополоскать полость рта после каждого акта рвоты, вытереть лицо салфеткой  а) убрать подушку  б) голову повернуть на бок  в) индивидуальный пост  а) рефлекторно вызвать мочеиспускание по типу «льющихся вод»  - орошение половых органов  - переливание воды из одной емкости в другую  б) катетеризация мочевого пузыря, согласно стандартным манипуляциям  в) выполнение назначений врача по приему жидкости в первые сутки после операции  г) определение водного баланса  а) определить характер, интенсивность, локализацию боли  б) выполнение назначений врача по введению обезболивающих средств  в) пузырь со льдом  1. подача судна или мочеприемника  **Подготовка к процедуре**  1) объяснить пациенту ход предстоящей процедуры  2) оценка возможности пациента оказать помощь при перемещении  3) подготовить необходимое оборудование  4) ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна сухая.  Примечание: если у пациента нет пролежней на крестце или других ран, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей.  5) отгородить пациента ширмой | | 1.Исключается загрязнение белья  3. Обеспечение преемственности между врачом и медсестрой  4. Исключается аспирация рвотными массами  5. Исключается загрязнение белья пациента  Обеспечение комфорта  в) С целью постоянного наблюдения за пациентом  б) опорожнение мочевого пузыря  в) профилактика обезвоживания  г) определение соотношения выпитой и выделенной жидкости  а) для обеспечения качества оказания помощи  б) профилактика болевого шока  в) суживание кровеносных сосудов, уменьшение кровенаполнения данного участка и уменьшение боли  1) психологическая  и эмоциональная настройка  2) активное участие в процедуре позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства  4) согревания судна теплой водой предупреждает охлаждение пациента, снижает чувство дискомфорта. Вода способствует лучшему удалению каловых масс со дна судна. Судно, посыпанное тальком легче извлекается, после использования.  5) обеспечение уединения пациента и поддержания чувства собственного достоинства |
| **Выполнение процедуры** | | | |
|  | 1. надеть перчатки 2. опустить изголовье кровати до горизонтального уровня   3. встать по обе стороны кровати: одна сестра помогает пациенту слегка повернуться набок, лицом к ней и придерживает его рукой за плечи и таз; вторая сестра подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами пациента  4. под ягодицы пациента подвести судно и помочь пациенту повернуться на спину так, чтобы его промежность слегка оказалась на судне  5. придать пациенту высокое положение Фаулера  6. снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала  7. поправить подушку и укрыть пациента одеялом  8. договориться с пациентом о средстве связи и оставить пациента в уединении | | 1.обеспечение инфекционной безопасности  2. обеспечивается правильная биомеханика тела при перемещении   1. обеспечивание инфекционной безопасности   4. уменьшается физическая нагрузка на сестру и на пациента, связанная с подведением судна под ягодицы, т.о. обеспечивается безопасность  5. обеспечивается физиологическое положение при отравлениях  6. обеспечение инфекционной безопасности  7. обеспечение комфортного состояния пациенту и поддержание чувства достоинства пациента  8. обеспечивание своевременной реакции сестры на завершение дефекации (мочеиспускательной процедуры) |
| **Окончание процедуры** | | | |
|  | 1. после «получения» сигнала о пациента надеть чистые перчатки 2. опустить изголовье кровати. Одна сестра – поворачивает пациента набок и придерживает его за плечи и таз; вторая – убирает судно и накрывает его 3. одна сестра продолжает придерживать пациента в положении на боку вторая – вытирает область анального отверстия туалетной бумагой 4. переместить пациента на бок. Подмыть. Тщательно осушить промежность 5. убрать клеенку из под пациента 6. снять перчатки и сбросить их в лоток. Обеспечить возможность пациенту вымыть руки 7. накрыть пациента одеялом 8. придать пациенту удобное положение | | 1. обеспечение безопасности пациента, в т.ч. инфекционной  2. обеспечивается правильная биомеханика тела пациента при перемещении на бок  3. обеспечение безопасности пациента в т.ч. инфекционной   1. обеспечивается инфекционная безопасность и гигиенический комфорт   6. обеспечение инфекционной безопасности  7. обеспечение комфортного состояния |
| **Туалет полости рта** | | | |
| **Подготовка к процедуре** | | | |
|  | 1. объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение 2. попросить пациента повернуть голову на бок в вашу сторону 3. развернуть полотенце, прикрыть им грудь пациента до подбородка 4. вымыть руки и одеть перчатки и другие защитные приспособления, если пациент кашляет 5. поставить почкообразный лоток под подбородок пациента на полотенце. Попросить пациента придерживать лоток рукой (если это возможно) | 1. обеспечивается право пациента на информацию   3. исключается загрязнение белья пациента  4.универсальные меры предосторожности обеспечивающие безопасность медсестры  5. исключается загрязнение белья. Обеспечивается участие пациента в процедуре | |
| **Выполнение процедуры** | | | |
|  | 1. попросить пациента прополоскать рот водой. Держать лоток у подбородка пациента, при необходимости насухо вытереть подбородок пациента 2. помочь пациенту почистить полость рта с помощью влажной салфетки   - помочь пациенту почистить зубы, используя зубную пасту и щетку  - помочь пациенту почистить небо, язык, внутренние поверхности щек, десны, область под языком  - менять салфетку каждый раз, как только она покрывается слизью или липкой слюной  - сбрасывать использованные салфетки в непромокаемый мешок  3. попросить пациента прополоскать рот водой, держать лоток у подбородка пациента, при необходимости насухо вытереть подбородок пациента | 1. исключается загрязнение постельного белья  2. обеспечивается профилактика инфекции полости рта и инфекционная безопасность  3. исключается загрязнение постельного белья | | |
| **Завершение процедуры** | | | | |
|  | 1. снять перчатки, сбросить их в мешок для мусора, вымыть и осушить руки | 1. обеспечивается инфекционная безопасность | | |
| **Смена постельного белья** | | | | |
| **Подготовка к процедуре** | | | | |
|  | 1. подготовить комплект чистого белья 2. объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на процедуру 3. оценить возможности пациента оказать помощь при перемещении в связи со сменой белья 4. вымыть руки надеть перчатки | | 1. обеспечение гигиенического комфорта и  инфекционной безопасности  2. мотивация пациента к сотрудничеству, соблюдение прав пациента  3. участие в процессе обеспечивает поддержание чувства собственного достоинства  4. обеспечение инфекционной безопасности | |
| **Выполнение процедуры** | | | | | |
|  | 1. встать с обеих сторон кровати пациента, опустить изголовье кровати 2. одна сестра осторожно подводит руки под голову пациента и слегка приподнимает его, другая сестра извлекает из – под головы подушку 3. аккуратно положить голову пациента на кровать (без подушки) 4. чистую простынь скатать как бинт в поперечном направлении: одна сестра приподнимает голову пациента, другая – скатывает грязную простыню со стороны изголовья кровати, затем расправляет на освободившейся части кровати чистую простыню 5. на чистую простыню положить подушку и опустить на нее плечи и голову пациента      1. одна сестра последовательно поднимает таз пациента, затем ноги; а другая одновременно также последовательно, сдвигает грязную простынь к ногам пациента и расправляет чистую 2. положить грязную простынь в мешок для грязного белья 3. Заправить края простыни под матрац со всех сторон 4. Снять пододеяльник с одеяла и положить его в мешок для грязного белья, надеть чистый пододеяльник на одеяло, укрыть пациента | | 8. подготовка к эффективному проведению процедуры, обеспечение гигиенического комфорта  9. обеспечение физического комфорта  10. обеспечение безопасности больничной среды и правильной биомеханики тела  11. обеспечение инфекционной безопасности  12. обеспечение комфорта  13. исключается дискомфорт, связанный с тем, что пациент лежит обнаженный | | |
| **Окончание процедуры** | | | | | |
|  | 14. Снять перчатки и погрузить их в специальную емкость | | 14. Обеспечение инфекционной безопасности | | |
| **Туалет половых органов** | | | | | |
| **Подготовка к процедуре** | | | | | |
|  | 1. объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие пациентки на процедуру 2. Подготовить все необходимое оснащение 3. налить в таз теплую воду 4. надеть перчатки 5. опустить изголовье кровати, повернуть пациентку на бок, подстелить клеенку и пеленку под нее, повернуть пациентку на спину 6. помочь занять удобное положение: ноги согнуты в коленях и разведены, поставить между ногами пациентки таз с водой (35-370С) 7. встать справа от пациентки 8. надеть рукавичку на правую руку, поверх перчатки | | 1. мотивация пациентки к сотрудничеству  2. подготовка к процедуре  3. обеспечение уединения пациентки, подготовка к проведению процедуры  4. обеспечение инфекционной безопасности  5. предупреждение попадания воды на постельное белье пациентки  6. обеспечение проведение процедуры: уменьшается физическая нагрузка на позвоночник и мышцы спины пациентки  7. наиболее удобное расположение сестры при проведении этой процедуры  8. обеспечение инфекционной безопасности | | |
| **Выполнение процедуры** | | | | | |
|  | 1. смочить рукавичку в воде и слегка отжать ее, подмыть пациентку 2. снять использованную рукавичку и положить ее в лоток для использованного материала 3. надеть на правую руку сухую рукавичку и осушить половые органы пациентки 4. снять рукавичку, убрать клеенку, перемещая пациентку на бок и обратно 5. снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала | | 9. обеспечение инфекционной безопасности  10. обеспечение инфекционной безопасности  11. обеспечение гигиенического комфорта  12. обеспечивается правильная биомеханика тела при перемещении  13. обеспечение инфекционной безопасности | | |
| **Окончание процедуры** | | | | | |
|  | 14.вымыть и осушить руки | | 14. обеспечение инфекционной безопасности | | |
| **Кормление больного в постели** | | | | | |
| **Подготовка к кормлению** | | | | | |
|  | 1. протереть прикроватный столик 2. рассказать пациенту какое блюдо будет приготовлено для него 3. вымыть и осушить руки 4. поставить на прикроватный столик приготовленную пищу | | 1. обеспечение инфекционной безопасности  2. обеспечивается право пациента на выбор, возбуждается аппетит  3. обеспечение инфекционной безопасности  4. возбуждает аппетит | | |
| **Выполнение кормления** | | | | | |
|  | 1. прикрыть шею и грудь пациента салфеткой 2. кормить пациента небольшими порциями | | 5. исключается загрязнение одежды  6. исключается поперхивание | | |
| **Окончание кормления** | | | | | |
|  | 1. дать прополоскать рот после кормления 2. убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента 3. помочь пациенту занять удобное положение | | 7. уменьшается рост бактерий во рту  8. исключается попадания остатков пищи в постель  9. обеспечивается необходимый комфорт | | |
| 6. Борьба с гиперте-  мией | 1. измерение температуры тела каждые 2 часа 2. выполнение назначений врача по применению жаропонижающих средств 3. холод на лоб 4. обтирание раствором уксуса | | 1. обеспечение контроля за температурой  2. снижение температуры тела и обеспечение преемственности между врачом и медсестрой  3. снижение температуры тела  4. снижение температуры тела | | |
| 7. Риск развития гипер -  тензии | 1. измерение АД каждые 2 часа 2. выполнение назначений врача по применению гипотензивных средств | | 1. обеспечение контроля за АД  2. Снижение АД и обеспечение преемственности между врачом и медсестрой | | |
| 8. Риск нарушения состояния сознания | 1. Обеспечить индивидуальный пост  2. положить пациента на функциональную кровать  3. подложит валики под матрац кровати  4. при возбуждении фиксировать простыню в области колен, таза, груди | | 1. с целью постоянного наблюдения за пациентом  2. для обеспечения комфорта  3. чтобы пациент не перекатился через край  4. профилактика травматизма | | |
| 9. Уход за послеоперационной раной | 1. выполнение процедуры в перчатках и инструментами  2. контроль за состоянием повязки  3. смена повязок  4. соблюдение асептики и антисептики при проведении перевязок  5. дезинфекция использованного материала  6. сделать запись о проведенной перевязке | | 1. обеспечение инфекционной безопасности  2. профилактика послеоперационных кровотечений  3. обеспечение комфорта в области раны  4. профилактика ВБИ  5. обеспечение инфекционной безопасности  6. обеспечение преемственности | | |
| 10. Беспок. по поводу исхода операции | 1. использовать элементы психологической саморегуляции по снятию стресса | | 1. обеспечение психологического комфорта | | |

**4.1.2 Стандарт деятельности медсестры по уходу за пациентами неврологического профиля**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Проблемы** | **Этапы** | **Обоснование** |
| 1. Нарушение состояния сознания  2. Дефицит самообслуживания  3. Нарушение питания  4. Риск развития пролежней  5. Дефицит общения  6. Нарушение двигательной активности | 1. обеспечить индивидуальный пост 2. положить пациента на функциональную кровать   3. подложит валики под матрац кровати  4. при возбуждении фиксировать простыню в области колен, таза, груди  1. подача судна или мочеприемника  **Подготовка к процедуре**  1) объяснить пациенту ход предстоящей процедуры  2) оценка возможности пациента оказать помощь при перемещении  3) подготовить необходимое оборудование  4) ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна сухая.  Примечание: если у пациента нет пролежней на крестце или других ран, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей.  5) отгородить пациента ширмой  **Выполнение процедуры**   1. надеть перчатки 2. опустить изголовье кровати до горизонтального уровня   3. встать по обе стороны кровати: одна сестра помогает пациенту слегка повернуться набок, лицом к ней и придерживает его рукой за плечи и таз; вторая сестра подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами пациента  4. под ягодицы пациента подвести судно и помочь пациенту повернуться на спину так, чтобы его промежность слегка оказалась на судне  5. придать пациенту высокое положение Фаулера  6. снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала  7. поправить подушку и укрыть пациента одеялом  8. договориться с пациентом о средстве связи и оставить пациента в уединении  **Окончание процедуры**   1. после «получения» сигнала о пациента надеть чистые перчатки 2. опустить изголовье кровати. Одна сестра – поворачивает пациента набок и придерживает его за плечи и таз; вторая – убирает судно и накрывает его 3. одна сестра продолжает придерживать пациента в положении на боку вторая – вытирает область анального отверстия туалетной бумагой 4. переместить пациента на бок. Подмыть. Тщательно осушить промежность 5. убрать клеенку из под пациента 6. снять перчатки и сбросить их в лоток. Обеспечить возможность пациенту вымыть руки 7. накрыть пациента одеялом   придать пациенту удобное положение  **Туалет полости рта**  **Подготовка к процедуре**   1. объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение 2. попросить пациента повернуть голову на бок в вашу сторону 3. развернуть полотенце, прикрыть им грудь пациента до подбородка 4. вымыть руки и одеть перчатки и другие защитные приспособления, если пациент кашляет 5. поставить почкообразный лоток под подбородок пациента на полотенце. Попросить пациента придерживать лоток рукой (если это возможно)   **Выполнение процедуры**   1. попросить пациента прополоскать рот водой. Держать лоток у подбородка пациента, при необходимости насухо вытереть подбородок пациента 2. помочь пациенту почистить полость рта с помощью влажной салфетки   - помочь пациенту почистить зубы, используя зубную пасту и щетку  - помочь пациенту почистить небо, язык, внутренние поверхности щек, десны, область под языком  - менять салфетку каждый раз, как только она покрывается слизью или липкой слюной  - сбрасывать использованные салфетки в непромокаемый мешок  3. попросить пациента прополоскать рот водой, держать лоток у подбородка пациента, при необходимости насухо вытереть подбородок пациента  **Окончание процедуры**   1. дать прополоскать рот после кормления 2. убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента   3. помочь пациенту занять удобное положение  **Смена постельного белья**   1. подготовить комплект чистого белья 2. объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на процедуру 3. оценить возможности пациента оказать помощь при перемещении в связи со сменой белья 4. вымыть руки надеть перчатки 5. встать с обеих сторон кровати пациента, опустить изголовье кровати 6. одна сестра осторожно подводит руки под голову пациента и слегка приподнимает его, другая сестра извлекает из – под головы подушку 7. аккуратно положить голову пациента на кровать (без подушки) 8. чистую простынь скатать как бинт в поперечном направлении: одна сестра приподнимает голову пациента, другая – скатывает грязную простыню со стороны изголовья кровати, затем расправляет на освободившейся части кровати чистую простыню 9. на чистую простыню положить подушку и опустить на нее плечи и голову пациента 10. одна сестра последовательно поднимает таз пациента, затем ноги; а другая одновременно также последовательно, сдвигает грязную простынь к ногам пациента и расправляет чистую 11. положить грязную простынь в мешок для грязного белья 12. Заправить края простыни под матрац со всех сторон   13. Снять пододеяльник с одеяла и положить его в мешок для грязного белья, надеть чистый пододеяльник на одеяло, укрыть пациента  14. Снять перчатки и погрузить их в специальную емкость  **Туалет половых органов**   1. объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие пациентки на процедуру 2. Подготовить все необходимое оснащение 3. налить в таз теплую воду 4. надеть перчатки 5. опустить изголовье кровати, повернуть пациентку на бок, подстелить клеенку и пеленку под нее, повернуть пациентку на спину 6. помочь занять удобное положение: ноги согнуты в коленях и разведены, поставить между ногами пациентки таз с водой (35-370С) 7. встать справа от пациентки 8. надеть рукавичку на правую руку, поверх перчатки   смочить рукавичку в воде и слегка отжать ее, подмыть пациентку   1. снять использованную рукавичку и положить ее в лоток для использованного материала 2. надеть на правую руку сухую рукавичку и осушить половые органы пациентки 3. снять рукавичку, убрать клеенку, перемещая пациентку на бок и обратно   13. снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала  14.вымыть и осушить руки  **Кормление**   1. протереть прикроватный столик 2. рассказать пациенту какое блюдо будет приготовлено для него   3. вымыть и осушить руки  4. поставить на прикроватный столик приготовленную пищу  5. прикрыть шею и грудь пациента салфеткой  6. кормить пациента небольшими порциями  7. дать прополоскать рот после кормления  8. убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента  9. помочь пациенту занять удобное положение  1. Ввести назогастральный зонд  В том случае, если зонд был заранее  2. Рассказать пациенту чем его будут кормить  3. Набрать шприц Жанэ питательную смесь  4. Наложить зажим на дистальный конец зонда. Соединить шприц с зондом, подняв его на 50 см выше головы пациента так, чтобы рукоятка поршня была направлена вверх  5. Снять зажим с дистального конца зонда и обеспечить постепенный ток питательной смеси. При затруднении прохождения смеси использовать поршень шприца, смещая его вниз.  6. После прохождения шприца пережать зонд зажимом.  7. Над лотком отсоединить шприц от зонда  8. Повторить пп 3 – 7 до использования всего приготовленного количества питательной смеси  9. Присоединить к зонду шприц Жанэ с кипяченной водой. Снять зажим и промыть зонд под давлением  10 Отсоединить шприц и закрыть заглушкой дистальный конец зонда. Прикрепить зонд к одежде  11. Помочь пациенту занять комфортное положение  12. вымыть и осушить руки  13. Сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента  1. 800 – 1000 Фаулера  2. 1000 – 1200 – положение на левом боку  3. 1200 – 1400 – положение на правом боку  4. 1400 – 1600  - положение Фаулера  5. 1800 – 2000 – Симса  6. 2000 – 2200 – на левом боку  7. 2200 – 2400 – на правом боку  8. 000 – 200 – Симса  9. 200 – 400 – на левом боку  10. 400 – 600 – на правом боку  11. 600 – 800 – Симса   1. Использовать невербальное общение (жесты, мимика, телодвижение медсестры) 2. Использовать в общении письмо, карточки с заранее составленными вопросами   1. определить степень нарушения двигательной активности  2. при параличах транспортировка на кресле  3. Обучить пользоваться палочкой  4. Сопровождать в туалет | 1. с целью постоянного наблюдения за пациентом  2. для обеспечения комфорта  3. чтобы пациент не перекатился через край  4. профилактика травматизма  1) психологическая  и эмоциональная настройка  2) активное участие в процедуре позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства  4) согревания судна теплой водой предупреждает охлаждение пациента, снижает чувство дискомфорта. Вода способствует лучшему удалению каловых масс со дна судна. Судно, посыпанное тальком легче извлекается, после использования.  5) обеспечение уединения пациента и поддержания чувства собственного достоинства  **Выполнение процедуры**  1.обеспечение инфекционной безопасности  2. обеспечивается правильная биомеханика тела при перемещении   1. обеспечивание инфекционной безопасности   4. уменьшается физическая нагрузка на сестру и на пациента, связанная с подведением судна под ягодицы, т.о. обеспечивается безопасность  5. обеспечивается физиологическое положение при отравлениях  6. обеспечение инфекционной безопасности  7. обеспечение комфортного состояния пациенту и поддержание чувства достоинства пациента  8. обеспечивание своевременной реакции сестры на завершение дефекации (мочеиспускательной процедуры)  **Окончание процедуры**  1. обеспечение безопасности пациента, в т.ч. инфекционной  2. обеспечивается правильная биомеханика тела пациента при перемещении на бок  3. обеспечение безопасности пациента в т.ч. инфекционной   1. обеспечивается инфекционная безопасность и гигиенический комфорт   6. обеспечение инфекционной безопасности  7. обеспечение комфортного состояния  **Туалет полости рта**  **Подготовка к процедуре**   1. обеспечивается право пациента на информацию   3. исключается загрязнение белья пациента  4.универсальные меры предосторожности обеспечивающие безопасность медсестры  5. исключается загрязнение белья. Обеспечивается участие пациента в процедуре  **Выполнение процедуры**  1. исключается загрязнение постельного белья  2. обеспечивается профилактика инфекции полости рта и инфекционная безопасность  3. исключается загрязнение постельного белья  **Окончание процедуры**  1.уменьшается рост бактерий во рту  2. исключается попадания остатков пищи в постель  3. обеспечивается необходимый комфорт  **Смена постельного белья**  1. обеспечение гигиенического комфорта и  инфекционной безопасности  2. мотивация пациента к сотрудничеству, соблюдение прав пациента  3. участие в процессе обеспечивает поддержание чувства собственного достоинства  4. обеспечение инфекционной безопасности  8. подготовка к эффективному проведению процедуры, обеспечение гигиенического комфорта  9. обеспечение физического комфорта  10. обеспечение безопасности больничной среды и правильной биомеханики тела  11. обеспечение инфекционной безопасности  12. обеспечение комфорта  13. исключается дискомфорт, связанный с тем, что пациент лежит обнаженный  14. Обеспечение инфекционной безопасности  **Туалет половых органов**  1. мотивация пациентки к сотрудничеству  2. подготовка к процедуре  3. обеспечение уединения пациентки, подготовка к проведению процедуры  4. обеспечение инфекционной безопасности  5. предупреждение попадания воды на постельное белье пациентки  6. обеспечение проведение процедуры: уменьшается физическая нагрузка на позвоночник и мышцы спины пациентки  7. наиболее удобное расположение сестры при проведении этой процедуры  8. обеспечение инфекционной бе  зопасности  9. обеспечение инфекционной безопасности  10. обеспечение инфекционной безопасности  11. обеспечение гигиенического комфорта  12. обеспечивается правильная биомеханика тела при перемещении  13. обеспечение инфекционной безопасности  14. обеспечение инфекционной безопасности  **Кормление**  1. обеспечение инфекционной безопасности  2. обеспечивается право пациента на выбор, возбуждается аппетит  3. обеспечение инфекционной безопасности  4. возбуждает аппетит  5. исключается загрязнение одежды  6. исключается поперхивание  7. уменьшается рост бактерий во рту  8. исключается попадания остатков пищи в постель  9. обеспечивается необходимый комфорт  Процедура позволяет подтвердить нахождение зонда в желудке  2. Возбуждение аппетита. Сохранение чувства достоинства пациента  4. Обеспечивается эффективное введение питательной смеси  5. Постепенное опорожнение шприца снижает риск диареи  6. Предотвращается вытекание питательной смеси из зонда  8. удовлетворение потребности пациента в адекватном питании и приеме жидкости  9. Смываются остатки питательной смеси и предупреждается рост бактерий  10. Предупреждается вытекание желудочного содержимого между кормлениями  11. Обеспечивается правильная биомеханика тела  12. Обеспечивается инфекционная безопасность  13. Обеспечивается преемственность сестринского ухода    - изменение положения тела каждые 2 часа  - выбор положения и их чередование может изменяться в зависимости от заболевания и состояния больного  - проверять состояние постели после каждой смены  - использовать паралоновые прокладки под места давления на кожу  - при недержании мочи памперсы менять каждые четыре часа  - при недержании кала проводить частую гигиеническую обработку  - при усилении боли консультации врача  - изменять положение тела с помощью перекладин, поручней и др. приспособлений.  1. Обеспечение обратной связи с пациентом  2. Обеспечение психологического комфорта пациента  2. Профилактика больничного травматизма  3. решение потребностей безопасности  4. Предотвращение больничного травматизма |

**4.1.3 Стандарты деятельности медсестры при уходе за пациентами с заболеваниями ССС**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Проблемы** | **Этапы** | **Обоснования** |
| 1. нарушение сердечных сокращений  2. Нарушение состояния сознания и двигательной активности  4. Нарушение питания | 1. контроль за состоянием пульса и АД каждые два часа  2. выполнение назначений врача    3. снятие ЭКГ  4. подключение к мониторам  5. контроль за диурезом   1. обеспечить индивидуальный пост 2. положить пациента на функциональную кровать   3. подложит валики под матрац кровати  4. при возбуждении фиксировать простыню в области колен, таза, груди  5. определить степень нарушения двигательной активности  6. при параличах транспортировка на кресле  7. Обучить пользоваться палочкой  8. Сопровождать в туалет  1. подача судна или мочеприемника  **Подготовка к процедуре**  1) объяснить пациенту ход предстоящей процедуры  2) оценка возможности пациента оказать помощь при перемещении  3) подготовить необходимое оборудование  4) ополоснуть судно теплой водой и оставить в нем немного теплой воды. Убедиться, что поверхность судна сухая.  Примечание: если у пациента нет пролежней на крестце или других ран, можно посыпать тальк на ту часть судна, которая соприкасается с кожей.  5) отгородить пациента ширмой  **Выполнение процедуры**   1. надеть перчатки 2. опустить изголовье кровати до горизонтального уровня   3. встать по обе стороны кровати: одна сестра помогает пациенту слегка повернуться набок, лицом к ней и придерживает его рукой за плечи и таз; вторая сестра подкладывает и расправляет клеенку под ягодицами пациента  4. под ягодицы пациента подвести судно и помочь пациенту повернуться на спину так, чтобы его промежность слегка оказалась на судне  5. придать пациенту высокое положение Фаулера  6. снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала  7. поправить подушку и укрыть пациента одеялом  8. договориться с пациентом о средстве связи и оставить пациента в уединении  **Окончание процедуры**   1. после «получения» сигнала о пациента надеть чистые перчатки 2. опустить изголовье кровати. Одна сестра – поворачивает пациента набок и придерживает его за плечи и таз; вторая – убирает судно и накрывает его 3. одна сестра продолжает придерживать пациента в положении на боку вторая – вытирает область анального отверстия туалетной бумагой 4. переместить пациента на бок. Подмыть. Тщательно осушить промежность 5. убрать клеенку из под пациента 6. снять перчатки и сбросить их в лоток. Обеспечить возможность пациенту вымыть руки 7. накрыть пациента одеялом   придать пациенту удобное положение  **Туалет полости рта**  **Подготовка к процедуре**  1. объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить согласие на ее выполнение  2. попросить пациента повернуть голову на бок в вашу сторону  3.развернуть полотенце, прикрыть им грудь пациента до подбородка  4. вымыть руки и одеть перчатки и другие защитные приспособления, если пациент кашляет  5.поставить почкообразный лоток под подбородок пациента на полотенце. Попросить пациента придерживать лоток рукой (если это возможно)  **Выполнение процедуры**  1.попросить пациента прополоскать рот водой. Держать лоток у подбородка пациента, при необходимости насухо вытереть подбородок пациента  2.помочь пациенту почистить полость рта с помощью влажной салфетки  - помочь пациенту почистить зубы, используя зубную пасту и щетку  - помочь пациенту почистить небо, язык, внутренние поверхности щек, десны, область под языком  - менять салфетку каждый раз, как только она покрывается слизью или липкой слюной  - сбрасывать использованные салфетки в непромокаемый мешок  3. попросить пациента прополоскать рот водой, держать лоток у подбородка пациента, при необходимости насухо вытереть подбородок пациента  **Окончание процедуры**   1. дать прополоскать рот после кормления   2. убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента  3. помочь пациенту занять удобное положение  **Смена постельного белья**   1. подготовить комплект чистого белья 2. объяснить пациенту ход предстоящей процедуры и получить его согласие на процедуру 3. оценить возможности пациента оказать помощь при перемещении в связи со сменой белья 4. вымыть руки надеть перчатки 5. встать с обеих сторон кровати пациента, опустить изголовье кровати 6. одна сестра осторожно подводит руки под голову пациента и слегка приподнимает его, другая сестра извлекает из – под головы подушку 7. аккуратно положить голову пациента на кровать (без подушки) 8. чистую простынь скатать как бинт в поперечном направлении: одна сестра приподнимает голову пациента, другая – скатывает грязную простыню со стороны изголовья кровати, затем расправляет на освободившейся части кровати чистую простыню 9. на чистую простыню положить подушку и опустить на нее плечи и голову пациента 10. одна сестра последовательно поднимает таз пациента, затем ноги; а другая одновременно также последовательно, сдвигает грязную простынь к ногам пациента и расправляет чистую 11. положить грязную простынь в мешок для грязного белья 12. Заправить края простыни под матрац со всех сторон   13. Снять пододеяльник с одеяла и положить его в мешок для грязного белья, надеть чистый пододеяльник на одеяло, укрыть пациента  14. Снять перчатки и погрузить их в специальную емкость  **Туалет половых органов**   1. объяснить ход предстоящей процедуры и получить согласие пациентки на процедуру 2. Подготовить все необходимое оснащение 3. налить в таз теплую воду 4. надеть перчатки 5. опустить изголовье кровати, повернуть пациентку на бок, подстелить клеенку и пеленку под нее, повернуть пациентку на спину 6. помочь занять удобное положение: ноги согнуты в коленях и разведены, поставить между ногами пациентки таз с водой (35-370С) 7. встать справа от пациентки 8. надеть рукавичку на правую руку, поверх перчатки   смочить рукавичку в воде и слегка отжать ее, подмыть пациентку   1. снять использованную рукавичку и положить ее в лоток для использованного материала 2. надеть на правую руку сухую рукавичку и осушить половые органы пациентки 3. снять рукавичку, убрать клеенку, перемещая пациентку на бок и обратно   13. снять перчатки, положить их в лоток для использованного материала  14.вымыть и осушить руки  **Кормление**   1. протереть прикроватный столик 2. рассказать пациенту какое блюдо будет приготовлено для него   3. вымыть и осушить руки  4. поставить на прикроватный столик приготовленную пищу  5. прикрыть шею и грудь пациента салфеткой  6. кормить пациента небольшими порциями  7. дать прополоскать рот после кормления  8. убрать салфетку, покрывающую грудь и шею пациента  9. помочь пациенту занять удобное положение  **Кормление тяжелобольного ложкой**  1. уточнить у пациента любимые блюда и согласовать меню с лечащим врачом или диетологом  2. предупредить пациента за 15 минут о том, что предстоит прием пищи, и получить его согласие  3. проветрить помещение, освободить место на тумбочке или придвинуть прикроватный столик  4. помочь пациенту занять высокое положение Фаулера  5. помочь пациенту вымыть руки и прикрыть грудь салфеткой  6. вымыть и осушить руки  7. принести пищу и жидкость, предназначенные для еды и питья: горячие блюда должны быть горячими (600), холодные – холодными   1. спросить пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу 2. проверить температуру горячей пищи, капнув несколько капель себе на тыльную поверхность кисти 3. предложить выпить (лучше через трубочку) несколько глотков жидкости 4. кормить медленно:   - называть каждое блюдо, предлагаемое пациенту  - наполнить ложку на 2/3 пищей  - коснуться ложкой нижней губы, чтобы пациент открыл рот  - дать время прожевать и проглотить пищу  - предлагать питье после нескольких ложек пищи   1. вытирать губы салфеткой 2. предложить пациенту прополоскать рот водой после еды 3. убрать после еды посуду и остатки пищи 4. вымыть и осушить руки | 1. обеспечение контроля деятельности ССС  обеспечение. 2.преемственности между врачом и медсестрой  3. обеспечение контроля деятельности ССС  4. обеспечение контроля деятельности ССС  5. с целью выявления отеков  1. с целью постоянного наблюдения за пациентом  2. для обеспечения комфорта  3. чтобы пациент не перекатился через край  4. профилактика травматизма  6. Профилактика больничного травматизма  7.решение потребностей безопасности  8. Предотвращение больничного травматизма  1) психологическая  и эмоциональная настройка  2) активное участие в процедуре позволяет пациенту сохранить чувство собственного достоинства  4) согревания судна теплой водой предупреждает охлаждение пациента, снижает чувство дискомфорта. Вода способствует лучшему удалению каловых масс со дна судна. Судно, посыпанное тальком легче извлекается, после использования.  5) обеспечение уединения пациента и поддержания чувства собственного достоинства  **Выполнение процедуры**  1.обеспечение инфекционной безопасности  2. обеспечивается правильная биомеханика тела при перемещении  3. обеспечивание инфекционной безопасности  4. уменьшается физическая нагрузка на сестру и на пациента, связанная с подведением судна под ягодицы, т.о. обеспечивается безопасность  5. обеспечивается физиологическое положение при отравлениях  6. обеспечение инфекционной безопасности  7. обеспечение комфортного состояния пациенту и поддержание чувства достоинства пациента  8. обеспечивание своевременной реакции сестры на завершение дефекации (мочеиспускательной процедуры)  **Окончание процедуры**  1. обеспечение безопасности пациента, в т.ч. инфекционной  2. обеспечивается правильная биомеханика тела пациента при перемещении на бок  3. обеспечение безопасности пациента в т.ч. инфекционной  4. обеспечивается инфекционная безопасность и гигиенический комфорт  6. обеспечение инфекционной безопасности  7. обеспечение комфортного состояния  **Туалет полости рта**  **Подготовка к процедуре**   1. обеспечивается право пациента на информацию   3. исключается загрязнение белья пациента  4.универсальные меры предосторожности обеспечивающие безопасность медсестры  5. исключается загрязнение белья. Обеспечивается участие пациента в процедуре  **Выполнение процедуры**  1. исключается загрязнение постельного белья  2. обеспечивается профилактика инфекции полости рта и инфекционная безопасность  3. исключается загрязнение постельного белья  **Окончание процедуры**  1.уменьшается рост бактерий во рту  2. исключается попадания остатков пищи в постель  3. обеспечивается необходимый комфорт  **Смена постельного белья**  1. обеспечение гигиенического комфорта и  инфекционной безопасности  2. мотивация пациента к сотрудничеству, соблюдение прав пациента  3. участие в процессе обеспечивает поддержание чувства собственного достоинства  4. обеспечение инфекционной безопасности  8. подготовка к эффективному проведению процедуры, обеспечение гигиенического комфорта  9. обеспечение физического комфорта  10. обеспечение безопасности больничной среды и правильной биомеханики тела  11. обеспечение инфекционной безопасности  12. обеспечение комфорта  13. исключается дискомфорт, связанный с тем, что пациент лежит обнаженный  14. Обеспечение инфекционной безопасности  **Туалет половых органов**  1. мотивация пациентки к сотрудничеству  2. подготовка к процедуре  3. обеспечение уединения пациентки, подготовка к проведению процедуры  4. обеспечение инфекционной безопасности  5. предупреждение попадания воды на постельное белье пациентки  6. обеспечение проведение процедуры: уменьшается физическая нагрузка на позвоночник и мышцы спины пациентки  7. наиболее удобное расположение сестры при проведении этой процедуры  8. обеспечение инфекционной бе  зопасности  9. обеспечение инфекционной безопасности  10. обеспечение инфекционной безопасности  11. обеспечение гигиенического комфорта  12. обеспечивается правильная биомеханика тела при перемещении  13. обеспечение инфекционной безопасности  14. обеспечение инфекционной безопасности  **Кормление**  1. обеспечение инфекционной безопасности  2. обеспечивается право пациента на выбор, возбуждается аппетит  3. обеспечение инфекционной безопасности  4. возбуждает аппетит  5. исключается загрязнение одежды  6. исключается поперхивание  7. уменьшается рост бактерий во рту  8. исключается попадания остатков пищи в постель  9. обеспечивается необходимый комфорт  **Кормление тяжелобольного ложкой**   1. обеспечивается возможность адекватного и диетического питания 2. увеличивается вероятность получения пациентом необходимого количества пищи и жидкости 3. психологическая подготовка к приему пищи и обеспечение условия приема пищи 4. уменьшается опасность асфиксии 5. обеспечивается инфекционная безопасность 6. обеспечивается инфекционная безопасность 7. обеспечивается улучшение аппетита и вкусовых ощущений   8. обеспечивается поддержание чувства собственного достоинства пациента  9. обеспечивается безопасность пациента  10.уменьшается сухость во рту, облегчается пережевывание пищи  11. обеспечивается адекватное питание и питье  12. обеспечивается поддержание чувства собственного достоинства пациента  13. уменьшается скорость роста бактерий во рту  14. обеспечивается инфекционная безопасность  15. обеспечивается инфекционная безопасность |

**4.1.4 Стандарты деятельности медсестер при уходе за пациентами с заболеванием сахарный диабет.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Проблема** | **Этапы** | **Обоснования** |
| 1. Жажда  2. Запах ацетона изо рта  3. Тошнота, рвота | 1. обеспечение пациента необходимым количеством жидкости  2. определение водного баланса  1. выполнение назначений врача по инфузионной терапии  **Постановка сифонной клизмы**  1. объяснить пациенту суть и ход процедуры и получить его согласие на проведение процедуры  2. подготовить оснащение  3. надеть перчатки и фартук  4. на простыню, покрывающую кушетку, постелить клеенку так, чтобы она свисала в таз, поверх нее постелить пеленку.  Попросить пациента или помочь ему лечь на кушетку на левый бок. Его ноги должны быть согнуты в коленях и слегка приведены к животу.  5. смазать закругленный конец зонда вазелином на протяжении 30 – 40 см.  6. раздвинуть ягодицы I и II пальцами левой руки вводить закругленный конец зонда в кишечник и продвигать его на глубину 30 – 40 см.  7. присоединить к свободному концу зонда воронку, держать воронку слегка наклонно, на уровне ягодиц пациента и налить из кувшина 1 литр воды  8. медленно поднимать воронку на высоту 1 м. , предложить пациенту глубоко дышать, как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже уровня ягодиц, не выливая из нее воду до тех пор, пока не будет заполнена полностью воронка  9. слить воду в приготовленную емкость  10. повторять пп 7 – 9, используя 10 литров воды  11. по окончании процедуры отсоединить воронку и медленно поступательно вывести зонд из кишечника, вытирая его туалетной бумагой  12. погрузить использованные предметы в емкость с дезинфикатором, вылить промывные воды в канализацию  13. вытереть туалетной бумагой кожу в области анального отверстия в направлении спереди – назад. Вымыть промежность  14. снять перчатки и фартук, вымыть и осушить руки  15. помочь пациенту встать с кушетки  16. сделать запись о проведении процедуры и реакции пациента  1. Усадить пациента, грудь прикрыть клеенкой  2. Дать полотенце, поставить к ногам таз  3. Сообщить врачу  4. Придерживать голову пациента во время акта рвоты  5. Дать прополоскать полость рта после каждого акта рвоты, вытереть лицо салфеткой | 1. избежать обезвоживание организма  2. определение соотношения количества выпитой и выделенной жидкости  1. обеспечение выведения нитоновых тел  **Постановка сифонной клизмы**   1. мотивация пациента к сотрудничеству, соблюдение прав пациента на информацию 2. необходимое условие для проведения процедуры 3. обеспечивается инфекционная безопасность 4. при неудержании воды в прямой кишке вода будет стекать в таз.   анатомическая особенность расположения нижнего отдела толстого кишечника   1. облегчение введения зонда в кишечник, предупреждение возникновения у пациента неприятных ощущений 2. обеспечивается возможность эффективного проведения процедуры   7. предотвращение попадания воздуха в кишечник  8. обеспечивается контроль за поступлением воды в кишечник и выведением ее обратно  10. обеспечение эффективности процедуры  11. обеспечение безопасности пациента. Осуществляется механическая очистка зонда  12. обеспечивается инфекционная безопасность  13. предупреждение инфекции мочевыводящих путей и мацерации кожи промежности  14. обеспечивается инфекционная безопасность  15. обеспечение безопасности пациента  16. обеспечивается инфекционная безопасность  1.Исключается загрязнение белья  3. Обеспечение преемственности между врачом и медсестрой  4. Исключается аспирация рвотными массами  5. Исключается загрязнение белья пациента  Обеспечение комфорта |

**4.1.5 Стандарт деятельности медсестры при уходе за пациентами с заболеваниями органов дыхания**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Проблемы** | **Этапы** | **Обоснования** |
| 1. Гипертемия  2. Одышка  3. Риск отека легкого  4. Кашель с трудноотходимой мокротой  5. Риск развития астматического статуса при бронхиальной астме | 1. измерение температуры тела каждые два часа  2. выполнение назначений врача по применению жаропонижающих средств   1. холод на лоб   4. обтирание уксусом  1. частое проветривание палаты  2. выполнение назначений врача по введению бронхолитиков  1. подача кислорода увлажненного спиртом  1. выполнение назначений врача  2. обучение пациента правильному дыханию  **Дренажное положение**  1. объяснить пациенту цель предстоящего обучения  2. получить согласие пациента  3. объяснить пациенту цель предстоящей лечебной процедуры  4. объяснить пациенту ход предстоящей лечебной процедуры  4.1 убрать подушку  4.2 приготовить закрывающуюся карманную плевательницу с небольшим количеством дезинфицирующего раствора  4.3 уложить пациента на спину и сделать повороты туловища, останавливаясь после каждого поворота на 450  4.4 придать пациенту колено – локтевое положение  4.5 пациент из положения лежа на кровати на спине, повернуться сначала на левый бок, свесив вниз голову и руки, находиться в этом положении 20 – 30 минут, 2 – 3 раза в день  4.6 после отхождения мокроты закрыть крышку плевательницы и провести в последующем дезинфекцию плевательницы.  1. своевременное выполнение назначений врача | 1. обеспечение контроля за температурой тела  2. снижение температуры тела и обеспечение преемственности между врачом и медсестрой  3. снижение температуры тела   1. обеспечение свежего воздуха 2. снятие одышки и обеспечение преемственности между врачом и медсестрой   1. использование спирта как пеногасителя  **Дренажное положение**  1. обеспечивается необходимое сотрудничество с пациентом  2. обеспечивается соблюдение прав пациента   1. обеспечивается необходимое сотрудничество 2. обеспечивается достоверность результата    1. обеспечивается правильное выполнение процедуры   4. 2 исключается риск инфицирования окружающей среды    4.3 обеспечивается отрыв мокроты от стенок бронхов  4.5 обеспечивается достаточно полное отхождение мокроты из бронхов, очищение бронхиального дерева  4.6 обеспечивается риск инфицирования окружающей среды  1. профилактика развития астматического статуса и обеспечение преемственности между врачом и медсестрой |

**4.2 Карта сестринского ухода в реанимационном отделении**

Реализация стандартов должна находить отражение в сестринской документации. Сестринская документация пациента отделения реанимации должна отражать динамику состояния, обеспечивать преемственность между сестринским персоналом.

Учитывая возможные проблемы пациентов отделения по разработке сестринской документации Тольяттинского медицинского колледжа, мною разработаны; карта сестринского наблюдения и лист дополнительного наблюдения, которые отражают все нарушенные потребности пациента в динамике, то есть заполняются данные документы ежедневно. Немаловажным в сестринской деятельности является и регистрация выполненных манипуляций и процедур, а также элементов ухода, для обеспечения преемственности между сестрами.

Поэтому разработан мною ещё лист назначений, который отражает зависимые, независимые и взаимозависимые вмешательства медицинских сестер.

**5. Заключение**

Основываясь на опыте работы Тальятинского медицинского колледжа, научно – исследовательского центра «Сестринское дело» г. Курска, а так же на стандартах профессиональной деятельности медицинской сестры, разработанными в г. Санкт – Петербурге, мною разработаны стандарты профессиональной деятельности медицинского работника реанимационного отделения.

С целью повышения качества сестринских услуг стандарты разделены по профилю больных:

* Гинекологического
* Неврологического
* С заболеванием ССС
* С заболеванием сахарный диабет
* С заболеванием органов дыхания

Данные стандарты дадут сестре концентрированности внимания медицинской сестры на конкретных проблемах пациента.

Учитывая, что разработанные стандарты являются региональными, то они требуют апробации. Для апробации требуется определенное время, которого было недостаточно при проведении исследовательской работы.

Поэтому я обратилась к заведующему реанимационного отделения провести апробацию стандартов в течении года, на что получила одобрение.

Затем стандарты обсудим среди медсестер реанимационного отделения.

**6. Предложения:**

1. Провести апробацию стандартов профессиональной деятельности медицинской сестры в реанимационном отделении в течении года
2. В процессе апробации медицинские сестры должны корректировать стандарты.
3. Обсудить стандарты после апробации с учетом дополнений и изменений на заседании сестер реанимационного отделения
4. Использовать наработанный мною материал в ОФ БМК при изучении дисциплины «Основы сестринского дела в реанимации».

**7. Список использованной литературы**

* 1. А.П. Зильбер «Дыхательная недостаточность» М. Медицина 1989 г.
  2. Справочник по анестезиологии и реанимации. Под редакцией профессора А.А.Бунятяна М. Медицина 1982 г.
  3. Мухина С.А. Тарновская И.И. «Теоретические основы сестринского дела» М. Исток 1998 г.
  4. Стандарты практической деятельности медсестры Том 1 и 2 С. – П. 1998 г.
  5. Журнал «Медсестра» №2 – 99 г.
  6. Журнал «Медсестра» №6 – 2001 г.
  7. Журнал «Медицинская помощь» №3 – 98 г.
  8. Журнал «Медицинская помощь» №4 – 99 г.
  9. Учебная программа по сестринскому делу «Lemon» глава 4
  10. Учебная программа по сестринскому делу «Lemon» глава 8 часть 1
  11. Н.Б. Садиков «Современный справочник медсестры» Минск «Современный литератор» - 1998

**8. Приложения**

Таблица №1 **Распределение больных по возрасту 2002 года**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество лет | Всего | Умерло | Мужчин | Умерло | Женщин | Умерло |
| 0 – 14 лет  15 – 19 лет  20 – 29 лет  30 – 39 лет  40 – 49 лет  50 – 59 лет  60 – 69 лет  70 и старше | ---  11  74  74  119  36  64  64 | ---  ---  ---  2  6  5  17  19 | ---  1  11  12  33  13  24  26 | ---  ---  ---  1  5  4  10  10 | ---  10  63  62  86  23  40  38 | ---  ---  ---  1  1  1  7  9 |

Таблица №2

**Состав больных по профилю в отделение анестезиологии – реанимации с палатами терапии и реанимации (ОРИТ)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Профиль** | **2000** | **2001** | **2002** |
| Хирургические  Педиатрические  Терапевтические  Прочие | 234  1  50  38 | 139  ---  127  131 | 217  ---  119  107 |

Таблица №3

**Ведущие патологические синдромы при анестезии и интенсивной терапии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Характер нарушения** | **Число больных** | **Из них умерли** |
| Кома мозговая  Нарушение сердечного ритма  Отек легкого  Отек мозга  Острая дыхательная недостаточность (исключая астматический статус)  Острая коронарная недостаточность  Остря сердечно – сосудистая недостаточность  ОПН | 4  10  8  7  7  12  8  7 | ---  ---  ---  ---  2  6  ---  6 |

**Таблица №4**

**Реанимационные манипуляции, диагностические процедуры на 2002 год**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Реанимационные манипуляции и диагностические процедуры | Число больных получивших процедуру | Из них выполнено | |
| Персоналом отделения | Персоналом другого отделения |
| Измерение ЦВД  Интубация трахеи  Инфузионная терапия  ИВЛ  Венепункция  Катетеризация подключичной вены  Катетеризация эпидурального пространства  Катетеризация мочевого пузыря  Люмбальная пункция  ЭКГ  Непрямой массаж сердца  Промывание желудка  Дефибриляция  Форсированный диурез  Энтеральный зонд питания  Очистительная клизма  Ингаляция увлажнения О2  Плазмоферез  Гемодиализ (азонотерапия)  УФО аутопрови  Локальная гипотермия  Всего  Общая печеночная недостаточность  Постнаркозный период  ДВС синдром  Судорожный синдром  Тромбоэмболия легочной артерии  Шок гемморогический  Шок ожоговый, кардиогенный  ОЧМТ  ОН МК  Гипертонический криз  Сахарный диабет  Гнойно – септическое состояние  Экзогенные отравления  Всего | 51  40  443  35  443  98  68  103  80  360  14  32  6  31  50  387  392  85  222  88  198  3226  2  212  2  8  2  8  11  3  70  9  23  10  18  442 | 51  40  443  35  443  98  68  103  8  360  14  32  6  31  50  387  392  85  222  88  198  3184  1  ---  ---  ---  ---  ---  ---  1  32  ---  ---  ---  1  49 | 72 |

**Карта сестринского наблюдения за пациентом реанимационного отделения**

|  |
| --- |
| Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата поступления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Врачебный диагноз\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ближайшие родственники (ФИО, адреса, телефоны)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Друзья (соседи, знакомые, сослуживцы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   Адрес, телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  В прошлом заболевания:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  травмы, операции\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Текущая болезнь  Причина обращения за помощью: травма\_\_\_\_\_заболевание\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Обстоятельства происшествия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Начало заболевания: внезапное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_постепенное\_\_\_\_\_\_  Продолжительность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Другие значимые сведения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Группа крови\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_резус фактор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Монитор кардиологический\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Монитор дыхательный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подключечный катетер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Аллергия лекарственная\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Аллергия пищевая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Аллергия бытовая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Аллергия другая\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Нервно – психическое состояние**  Сознание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Головокружение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Обмороки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Зрачки: узкие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_широкие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Реакции зрачков на свет: сохранена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отсутствует\_\_\_\_\_\_\_  Гнев\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Волнение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Депрессия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Страх\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Безразличие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Память: сохранена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нарушена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Тело:**  Рост:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Масса:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Температура тела\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Отеки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Другие изменения\_\_\_\_\_\_\_Локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Изменение формы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Увеличение объема\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Состояния кожи: цвет\_\_\_\_\_\_Тугор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Влажность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наличие пролежней\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дефекты кожи: сыпь\_\_\_Рубцы\_ Расчесы Кровоподтеки\_Локализация  Видимые слизистые оболочки: изменения \_\_\_какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Мышечный тонус: сохранен\_\_\_Понижен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Раны:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характер раны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Первичная обработка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наличие повязки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Наружное кровотечение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Боль:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характер:ноющая\_\_колющая\_\_режущая\_давящая\_\_пульсирующая\_\_  Жгучая\_\_\_иная\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Интенсивность: Слабая\_\_\_Средняя\_\_\_Сильная\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Длительность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Реакция на боль: адекватная\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_неадекватная\_\_\_\_\_  **Способность к передвижению**  Положение: активное\_\_\_пассивное\_\_\_вынужденное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Передвигается самостоятельно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  При помощи посторонних\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Резервы\_\_\_\_\_\_  Поворачивается в постели\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Дыхательная система\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Дыхание самостоятельное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИВД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ЧДД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Одышка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кашель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Мокрота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Кровохоркание\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Трахеостома\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Носовые катетеры\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Сердечно – сосудистая система\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Пульс\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  АД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Сердцебиение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Перебои\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Видимая пульсация сосудов\_\_\_\_\_\_\_\_\_Локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Пищеварение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Способность есть и пить самостоятельно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Нарушение жевания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Использование резервов\_\_\_\_\_Какие\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Аппетит сохранен\_\_\_\_\_повышен\_\_\_\_\_понижен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тошнота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Рвота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Выделения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Стул: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_цвет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Регулярный\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Недержание кала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Частота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Количество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Цвет мочи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Недержание мочи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Катетер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Другие:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Локализация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Сон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Нарушение сна\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потребность спать днем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Общение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Речь\_\_\_\_\_\_\_\_\_сохранена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нарушена\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Слух\_\_\_\_\_\_\_\_сохранен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_нарушен\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Отношение к болезни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Адекватное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Неадекватное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Желание выздороветь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Самоуход\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Степень независимости\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Независим\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Частично зависим\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Полностью зависим\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Лист дополнительного наблюдения**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дополнительное наблюдение** | **Отражаемые в них показатели** |
| 1. Наблюдения за кожей и слизистыми оболочками 2. Наблюдения за пациентом с нарушением дыхания 3. Наблюдения за пациентом с рвотой 4. Наблюдения за пациентом с нарушением стула 5. Наблюдения за пациентом с нарушением мочевыделения 6. Наблюдения за пациентом с изменением сознания и психики 7. наблюдение за пациентом с отеками | Цвет  Тугор  Влажность  Дефекты  Боль  Дренаж  Функционирование дренажа  Состояние повязки  Характер повязки  Характер мокроты  Тошнота  Частота рвоты  Количество рвотных масс  Запах рвотных масс  Колостома  Илеостома  Частота стула  Характер стула  Боль при дефекации  Патологические изменения  Цистотома  Катетер  Частота мочеиспускания  Количество мочи  Цвет мочи  Характеристика мочеиспускания  Сознание  Состояние психики  Зрачки  Тонус мышц  Локализация  Количество выпитой жидкости  Количество введенной жидкости  Суточный диурез  Масса тела  Водный баланс |

**Лист назначений**

**Пациента отделения реанимации**

**ФИО пациента**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Назначения врача** | **Отметка о выполнении** | | | | | | | | |
| Зависимые вмешательства  Независимые вмешательства  Взаимозависимые вмешательства |  |  |  |  |  |  |  |  |  |