**ВВЕДЕНИЕ**

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, во всем мире лишний вес имеют более миллиарда человека. Проблема ожирения актуальна даже для стран, в которых большая часть населения постоянно голодает, а в промышленно развитых странах она уже давно стала серьезным аспектом общественного здоровья.

Эта проблема касается всех слоев населения независимо от социальной и профессиональной принадлежности, возраста, места проживания и пола. Так, в странах Западной Европы избыточную массу тела имеет от 10 до 20% мужчин и от 20 до 25% женщин. В некоторых регионах Восточной Европы доля людей, страдающих ожирением, достигла 35%. В России в среднем 30% трудоспособного населения имеют ожирение и 25% - избыточную массу тела.

Больше всего тучных людей в США: в этой стране избыточная масса тела зарегистрирована у 60% населения, а 27% - страдают ожирением. По подсчетам экспертов, ожирение является причиной преждевременной смерти около 300 тыс. американцев в год.

В Японии представители общества по изучению ожирения признались, что проблема ожирения в стране приобретает характер цунами, угрожая здоровью нации.

Повсеместно наблюдается рост случаев ожирения у детей и подростков.

Ожирение и связанные с ним заболевания становятся тяжелым экономическим бременем для общества. В развитых странах мира на их лечение тратится 8-10% годовых средств, выделяемых на здравоохранение. Американскому бюджету это обходится в 70 млрд. долл. ежегодно, в Великобритании расходы составляют около 12 млн. фунтов стерлингов.

Принято считать, что полный человек является жертвой своего неуемного аппетита и малоподвижного образа жизни, а значит и лечение - это его личное дело. Как правило, окружающие относятся к тучным людям с пренебрежением и иронией, что может нанести им психологическую травму, особенно от этого страдают дети и подростки. Ироничные высказывания сверстников и взрослых негативно влияют на самооценку человека, приводят к формированию комплексов, еще больше усугубляя проблему. Полным людям сложно найти достойную работу, нередко они не могут устроить свою личную жизнь.

Важно преодолеть стереотип общественного сознания, согласно которому полные люди - это любители хорошо поесть, т. к. зачастую они потребляют не больше пищи, чем люди с нормальным весом, а причина ожирения кроется в наличии сложных метаболических нарушений в организме, приводящих к накоплению и отложению избыточного количества жира.

**Предмет изучения:**

Сестринский процесс.

**Объект исследования:**

Сестринский процесс при ожирении.

**Цель исследования:**

Изучение:

* деятельности медсестры в стационаре или поликлиники.
* сестринского процесса данного заболевания.

**Задачи:**

Для достижения данной цели необходимо **изучить:**

* этиологию и предрасполагающие факторы;
* клиническую картину и особенности диагностики;
* методы обследования;
* принципы лечения и профилактики;
* манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;
* особенности сестринского процесса при ожирении.

Для достижения данной цели исследования необходимо**проанализировать**:

* два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществление сестринского процесса у пациентов с ожирением;

**Методы исследования:**

* научно теоретический анализ медицинской литературы по ожирению;
* биографические;
* эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
* организационный (сравнительный, комплексный) метод;
* субъективный метод клинического обследования пациента (сбор анамнеза);
* объективные методы обследования пациента (физикальные, инструментальные, лабораторные);
* психодиагностический (беседа).

**Практическое значение курсовой работы:**

Подробное раскрытие материала по теме курсовой работы «Сестринский процесс при ожирении» позволит повысить качество сестринской помощи.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

АГ – артериальная гипертензия

АД – артериальное давление

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМТ – индекс массы тела

ОБ – окружность бедер

ОТ – окружность талии

ССС – сердечно – сосудистая система

ТЭЛА – тромбоэмболии легочной артерии

ЧДД – частота дыхательных движений

ЧСС – частота сердечных сокращений

**1. ОЖИРЕНИЕ**

**Ожире́ние** – (лат. obesitas —полнота, тучность.) — отложение жира, увеличение массы тела за счёт жировой ткани. Жировая ткань может отлагаться как в местах физиологических отложений, так и в области молочных желёз, бёдер, живота.

**1.1 Этиология и предрасполагающие факторы ожирения**

Существует три основные причины, ведущие к ожирению:

* **Алиментарная**, обусловленная поступлением с пищей большего количества калорий, чем расходуется организмом. Это причина 85-90% всех случаев ожирения.
* **Эндокринная**, обусловленная недостаточной активностью желез внутренней секреции (микседема, евнухоидизм, постклимактерический период). От этой причины зависит 12-13 % всех случаев ожирения.
* **Церебральная**, обусловленная нарушением регуляции центров голода и аппетита, – 2-3 % случаев ожирения.

**Предрасполагающие факторы ожирения**

* Малоподвижный образ жизни
* Генетические факторы, в частности:
* Повышенная активность ферментов липогенеза
* Снижение активности ферментов липолиза
* Повышенное потребление легкоусваиваемых углеводов:
* Питьё сладких напитков
* Диета, богатая сахарами
* Некоторые болезни, в частности, эндокринные заболевания
* Склонность к стрессам
* Недосыпание
* Психотропные препараты

**1.2 Клиническая картина**

Ожирение развивается постепенно. В начальной стадии какая-либо симптоматика не отмечается, затем появляется повышенная утомляемость, слабость, апатия, повышенная потливость, грибковые заболевания стоп.

Присоединение заболеваний, ассоциированных с ожирением, сопровождается жалобами и симптоматикой, характерной для соответствующей патологии.

**При ожирении отмечаются выраженные изменения различных органов**:

* **сердечно-сосудистая система (ССС):** дистрофия миокарда, нарушения коронарного кровообращения, поражение сосудов мозга и нижних конечностей, артериальная гипертония, варикозное расширение вен, тромбофлебит;
* **органы дыхания:** вследствие высокого стояния диафрагмы и уменьшения ее подвижности вентиляционная функция дыхательной системы снижается, что сопровождается ухудшением кровооттока и лимфотока в грудной полости, появлением застойных явлений;
* **органы пищеварения:** жировая инфильтрация печени, холециститы, желчнокаменная болезнь, панкреатиты, гиперсекреция желудочного сока, запоры;
* **опорно-двигательный аппарат:** остеопороз, артрозы, связанные с обменными нарушениями, увеличенной нагрузкой на суставы нижних конечностей, спондилоартрозы;
* **водно - солевой обмен:** пастозность и отеки;

Все это существенно ограничивает работоспособность пациентов, качество их жизни, приводя к значительным психосоциальным ограничениям. Поскольку ожирение - фактор риска таких заболеваний, как атеросклероз, гипертоническая болезнь и диабет, продолжительность жизни в зависимости от степени ожирения уменьшается на 8-10 лет. Многие вышеперечисленные расстройства при адекватной реабилитационной программе могут полностью исчезнуть или значительно компенсироваться.

**Классификация ожирения**

1. Центральное (абдоминальное) ожирение – избыток жировых отложений в области живота. Центральное ожирение считается наиболее опасным и связано с повышенным риском сердечных-сосудистых заболеваний и сахарного диабета.

2. Ягодично-бедренное (гиноидное) ожирение – характеризуется отложением жира в нижней части туловища и чаще встречается у женщин.

3. Смешанное ожирение – относительно равномерное распределение жировой ткани.

Существует 4 степени ожирения и 2 стадии этого заболевания:

**Степени ожирения**

I степень ожирения:

* избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 10-29%. (20 кг)

II степень ожирения:

* избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 30-49%. (31 кг)

III степень ожирения:

* избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную на 50-99%. (51 кг)

IV степень ожирения:

* избыточная масса тела превышает идеальную, или нормальную более чем на 100%.

**Стадии ожирения:**

* **прогрессирующая**, при которой масса тела постоянно растет,
* **стабильную**, когда избыток веса есть, но он не увеличивается.

**1.3 Методы диагностики**

Диагностика ожирения начинается с выяснения причины его развития. Для определения возможной причины ожирения необходимо проведение обследования больного. При первичном обследовании больных собирается анамнез (семейный, социальный, пищевые пристрастия, физическая активность, особенности пищевого поведения, социальное положение, стрессы). При этом выясняются факторы и обстоятельства, которые могли бы способствовать развитию ожирения. Во время сбора анамнеза изучается психика пациента, устанавливается с ним контакт.

Для начала необходимо выяснить, в какой период жизни возникло ожирение — до или в период полового созревания, во время беременности или после родов, в позднем зрелом возрасте, когда уже отмечается ограничение физической активности.

Помощь в выяснении причины ожирения могут оказать обстоятельства, сопутствующие развитию ожирения. Это могут быть нервные болезни (энцефалит, менингоэнцефалит) или инфекционные заболевания (туберкулез или брюшной тиф), при которых в период выздоровления сознательно назначается усиленное лечебное питание. Различного рода травмы также могут способствовать развитию ожирения, например, продолжительная иммобилизация вследствие переломов костей (чаще — нижних конечностей или позвоночника), травмы черепа и энцефалопатии. Приводить к ожирению могут различные внутрисекреторные нарушения замедленного типа или преждевременного полового созревания, при интенсивном лечении инсулином или кортикостероидами.

Необходимо выяснить как минимум 5 вопросов:

* объем употребляемой пищи и ее состав;
* какова частота приемов пищи;
* время вечернего приема пищи и его состав;
* имеет ли место ночной прием пищи;
* часто ли бывают различного рода застолья.

При этом важно знать попытки и способы похудения в прошлом и причину стремления к потере массы тела. Кроме того, важно выяснить образ жизни пациента (сидячий или подвижный), изменение образа жизни и особенности работы, какова физическая нагрузка на работе, особенности проведения досуга.

Наконец, важное значение имеют перенесенные болезни в прошлом и имеющиеся сопутствующие заболевания. Таким образом, анамнез в определенной степени помогает выяснить, какой характер носит ожирение — первичный или вторичный.

После сбора анамнезов заболевания и жизни приступаем к объективному исследованию больного, которое начинается с антропометрии.

Для диагностики ожирения рассчитывается индекс массы тела (ИМТ). Во время осмотра определяется окружность талии (ОТ), окружность бедер (ОБ), ОТ/ОБ.

Таким образом, классификация по ИМТ, расчет ОТ, ОБ, ОТ/ОБ не только используется для диагностики ожирения, но и помогает в определении развития сопутствующих ожирению заболеваний и определении тактики лечения больных ожирением.

**1.4 Лечение**

Диеты часто усиливают ожирение. Причина в том, что жёсткая диета (резкое сокращение потребления калорий) может помочь быстро снизить вес, но после прекращения диеты усиливается аппетит и улучшается усвояемость пищи, и набирается вес, превосходящий тот, что был до диеты. Если больной ожирением пытается вновь сбросить вес с помощью жёсткой диеты, с каждым разом сбрасывание веса происходит всё труднее, а набор веса — всё легче, причём набираемый вес с каждым разом увеличивается.

Поэтому диеты, ориентированные на результат (сбросить как можно больший вес за короткое время), являются вредной и опасной практикой. Кроме того, многие средства для похудения содержат мочегонные и слабительные компоненты, что приводит к потере воды, а не жира. Потеря воды бесполезна для борьбы с ожирением, вредна для здоровья, а вес после прекращения диеты восстанавливается.

**Методы лечения ожирения подразделяются на три основные группы**

**Нелекарственные методы**

Диетотерапия. Стол № 8. Принцип диеты строится на ограничении употребления углеводов и соли. (см. приложение 1, таблица 1)

По этой системе больному полагается употреблять за день:

* углеводы - 150 г;
* белки - 90-110 г (60% животные),
* жиры - 80-85 г (30% растительные),
* калории - 1700-1800 ккал;
* соль - 5-6 г;
* свободная жидкость - 1-1,2 л.

Больной питается 5-6 раз в день, что исключает возможность проголодаться и перекусывать «неправильными» продуктами.

Повышение физической нагрузки. Физическая нагрузка, при несомненной пользе, иногда разочаровывает больных отсутствием значительного снижения массы тела, что объясняется перераспределением содержания жировой массы и увеличением мышечной массы.

Несмотря на небольшое суммарное снижение массы, при активных физических нагрузках, происходит интенсивное уменьшение висцерального жира, что чрезвычайно желательно для улучшения качества жизни и ее продолжительности.

Кратковременные нагрузки обеспечивают расход гликогена печени, а длительные – запасов жира.

**Лекарственные методы**

Назначение препаратов, подавляющих аппетит и уменьшающих усвоение питательных веществ в организме, а также препараты, нормализующие гормональный фон. Все препараты оказывают действие только в период приёма и не обладают пролонгированным эффектом. Если после прекращения курса лечения пациент не изменил образ жизни и не соблюдает диетических рекомендаций, то масса тела снова нарастает. Каждый препарат подбирается врачом индивидуально:

* Фентермин (адипекс-П, фастин, ионамин — группа амфетамина) — действует как нейромедиатор норадреналин, снижая аппетит. Может вызвать нервозность, головную боль и бессонницу;
* Орлистат (ксеникал) — ингибитор панкреатической липазы, приблизительно на 30% снижает всасывание жиров, не подавляет чувство голода, однако может вызвать недержание стула;
* Сибутрамин (меридиа) — ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина. Препарат воздействует на центры насыщения и термогенеза, расположенные в гипоталамусе. Препарат противопоказан пациентам с неконтролируемой артериальной гипертензией!
* Флуоксетин (прозак) — антидепрессант, применяется некоторыми специалистами с целью подавления аппетита, однако нет информации о долгосрочных эффектах.

**Хирургические методы лечения**

Желудочное шунтирование, Бандажирование желудка.

**1.5 Осложнения**

* **Метаболический синдром**. Метаболический синдром, также известный как синдром инсулинорезистентности или синдром Х, представляет собой совокупность метаболических нарушений у лиц с определенным фенотипом. Метаболический синдром является фактором риска развития ИБС.
* **Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь**.
* **Сахарный диабет 2-го типа**. Вероятно, увеличение распространения сахарного диабета 2 типа на 25% в мире за последние 20 лет связано со значительным распространением ожирения. Изменение ИМТ, увеличение массы тела и абдоминальный тип накопления жировой ткани – серьезные факторы риска развития сахарного диабета 2 типа.
* **Ишемическая болезнь сердца**. Пациенты, страдающие преимущественно абдоминальной формой ожирения, и те, у кого в анамнезе отмечался рост массы тела в молодом возрасте, подвержены большему риску возникновения ИБС. Риск ИБС начинает расти уже при «нормальном» ИМТ (23 кг/м2 у мужчин и 22 кг/м2 у женщин). А наличие абдоминального ожирения увеличивает риск ИБС при любом значении ИМТ.
* **Инфаркт миокарда***.* Одна из клинических форм ИБС, протекающая с развитием ишемического некроза участка миокарда, обусловленного абсолютной или относительной недостаточностью его кровоснабжения.
* **Инсульт**. Как у женщин, так и у мужчин лишний вес и ожирение увеличивают риск возникновения ишемического (но не геморрагического) инсульта. Риск развития ишемического инсульта (в том числе и с летальным исходом) у больных ожирением прогрессивно растет с увеличением значений ИМТ и почти в два раза выше, чем у худощавых людей.
* **Артериальная гипертензия**. Существенным фактором риска развития АГ также является абдоминальный тип ожирения.
* **Хроническая венозная недостаточность**. Ожирение, особенно абдоминальное, также увеличивает риск венозного застоя, тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Болезнь вен нижних конечностей может развиваться вследствие увеличения внутрибрюшного давления.
* **Холецистит**.
* **Желчекаменная болезнь**. Ожирения является серьезным фактором риска возникновения заболеваний желчного пузыря, особенно у женщин. Риск появления камней в желчном пузыре увеличивается с ростом ИМТ.
* **Остеоартрит**. Лишний вес и ожирение увеличивают риск развития остеоартрита суставов, несущих повышенную нагрузку, чаще коленных, поскольку коленные суставы в период активности человека испытывают большую нагрузку, чем тазобедренные. Чаще остеоартриты возникают у женщин, даже если они имеют незначительный избыток массы тела.
* **Грыжи межпозвоночных дисков**.
* **Синдром поликистозных яичников**.
* **Онкологические заболевания**.
* Прослеживается взаимосвязь наличия лишнего веса и ожирения с увеличением риска развития рака пищевода, желчного пузыря, поджелудочной железы, молочной железы, почек, матки, шейки матки и предстательной железы. Во многих эпидемиологических исследованиях (но не во всех) была выявлена строгая взаимосвязь между ИМТ и развитием рака толстой кишки и у мужчин, и у женщин. Эта взаимосвязь еще усиливается в отношении рака дистальных частей кишечника и в отношении больных с указанием на развитие колоректального рака у родственников. Ожирение и лишний вес в возрасте 18 лет увеличивает риск смертности от рака молочной железы и эндометрия.

**1.6 Профилактика**

**Первичная профилактика** ожирения сводится к мероприятиям, направленным на предупреждение заболевания при уже существующих предпосылках к его возникновению. Она включает в себя адекватное повышение физической активности, стимулирующее процессы метаболического преобразования пищевой глюкозы.

**Вторичная профилактика** ожирения также требует активного внимания и участия лечащего врача. К обязательным мероприятиям профилактики относятся:

1. Регулярная оценка массы тела, определение ИМТ и объема талии.

2. Оценка характера питания и пищевых привычек.

3. Оценка образа жизни и двигательной активности пациента.

4. Нормализация режима, обеспечение полноценного сна.

5. Информирование об опасности и вреде чрезмерного повышения веса и риске возникновения сопутствующих соматических заболеваний.

6. Ежегодное диспансерное обследование и наблюдение у врача.

Профилактика ожирения может помочь избежать нам возникновения этой болезни. Но для ее проведения вначале необходимо выяснить, каким именно образом начинается эта болезнь. Ученые, врачи и диетологи утверждают, что причиной ожирения является недостаточный расход потребляемой энергии, которая в итоге начинает откладываться в виде липидов в жировой ткани.

При избыточной массе тела необходимо в первую очередь изменить свой режим питания, сделав его более рациональным для организма. Людям, которые склонны к полноте уже с момента взросления надо начинать следить за своим рационом, тщательно подбирая продукты, входящие в него. В частности, ограничить себя в приеме сахара, мучной пищи и продуктов, насыщенных жирами и углеводами. При этом стараться не переедать в течение дня, а особенно перед сном.

Этот режим питания нужно сочетать с физическими нагрузками. Причем выбирать курс упражнений, постоянно консультируясь со специалистом. Даже 3 часовые ежедневные усиленные тренировки могут не дать никого ощутимого эффекта, если при этом они не сопровождаются определенным питанием. Ведь необходимо правильно соизмерять потребленную с пищей энергию с потерянной при физических нагрузках.

Для профилактики ожирения необходимо кардинально менять и образ жизни. Для того чтобы быть стройным, красивым и не набирать лишней вес, нужно вести активный образ жизни, не переедать, стараться больше двигаться, посещать спортивные залы и внимательно относится к своему рациону питания.

Профилактика ожирения во многом зависит и от социальных программ. Еще в школьном возрасте ребенка необходимо приучать к спорту, к правильному и полноценному питанию. Человек должен с детства серьезно относиться к своему самочувствию и тщательно следить за своим весом. И в таком случае, с годами он привыкнет к этому образу жизни, сохранив стройную фигуру и хорошее здоровье.

**2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ ОЖИРЕНИИ**

**2.1 Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой**

**Выполнение внутримышечных инъекций**

**Оснащение:** одноразовый шприц с иглой, дополнительная одноразовая игла, стерильные лотки, лоток для использованного материала, стерильный пинцет, 70° спирт или другой кожный антисептик, стерильные ватные шарики (салфетки), пинцет (в штанглазе с дезинфицирующим средством), ёмкости с дезинфицирующим средством, для замачивания отработанного материала, перчатки, ампула с лекарственным средством.

**Подготовка к процедуре**

1. Подтвердить наличие информированного согласия пациента.
2. Объяснить цель и ход предстоящей процедуры.
3. Уточнить наличие аллергической реакции на лекарственное средство.
4. Вымыть и осушить руки.
5. Приготовить оснащение.

**Выполнение процедуры**

1. Проверить название, срок годности лекарственного средства.
2. Извлечь стерильные лотки, пинцет из упаковки.
3. Собрать одноразовый шприц.
4. Приготовить 4 ватных шарика (салфетки), смочить их кожным антисептиком в лотке.
5. Надпилить ампулу с лекарственным средством, специальной пилочкой.
6. Одним ватным шариком протереть ампулу и вскрыть её.
7. Сбросить использованный ватный шарик с концом ампулы в лоток для использованных материалов.
8. Набрать в шприц лекарственное средство из ампулы, сменить иглу.
9. Положить шприц в лоток и транспортировать в палату.
10. Помочь пациенту занять удобное для данной инъекции положение (на животе или на боку).
11. Определить место инъекции.
12. Надеть перчатки.
13. Обработать ватным шариком (салфеткой), смоченным кожным антисептиком, кожу в месте инъекции дважды (вначале большую зону, затем непосредственно место инъекции).
14. Вытеснить воздух из шприца, не снимая колпачок, снять колпачок с иглы.
15. Ввести иглу в мышцу под углом 90°.
16. Перенести левую руку на поршень и ввести лекарственное средство.
17. Извлечь иглу, прижав ватный шарик (салфетку).
18. Положить использованный шприц в лоток для использованных материалов.

**Окончание процедуры**

1. Сделать легкий массаж места инъекции, не отнимая ваты (салфетки) от кожи.
2. Поместить ватный шарик (салфетку) в лоток для использованных материалов.
3. Помочь пациенту занять удобное для него положение.
4. Уточнить состояние пациента.
5. Провести дезинфекцию использованного оборудования в отдельных ёмкостях на время экспозиции.
6. Снять перчатки, замочить их в растворе дезсредства на время экспозиции.
7. Вымыть и осушить руки.

**Измерение артериального давления**

**Оснащение:** тонометр, фонендоскоп, ручка, бумага, температурный лист, салфетка со спиртом.

**Подготовка к процедуре**

1. Предупредить пациента о предстоящем исследовании за 15 минут до его начала.
2. Уточнить у пациента понимание цели и хода исследования и получить его согласие на проведение.
3. Выбрать правильный размер манжеты.
4. Попросить пациента лечь (если предыдущие измерения проводились в положении «лёжа») или сесть к столу

**Выполнение процедуры**

1. Предложить пациенту правильно положить руку: в разогнутом положении ладонью вверх. Помочь сдвинуть или снять одежду с руки.
2. Наложить манжету на обнажённое плечо пациента на 2-3 см выше локтевого сгиба; закрепить манжету так, чтобы проходил только один палец. Центр манжеты находится над плечевой артерией.
3. Внимание! Не следует измерять АД на руке со стороны произведённой мастэктомии, на слабой руке после инсульта; на парализованной руке и руке, где стоит игла для в/в вливания.
4. Соединить манометр с манжетой и проверить положение стрелки манометра относительно нулевой отметки шкалы.

**При первом измерении артериального давления:**

-найти пульс лучевой артерии

-быстро нагнетать воздух в манжету, пока не исчезнет пульс

-посмотреть на шкалу и запомнить показания манометра

-быстро выпустить весь воздух из манжета

1. Найти место пульсации плечевой артерии в области локтевой ямки и плотно поставить на это место мембрану фонендоскопа.
2. Другой рукой закрыть вентиль на «груше», повернув его в право, этой же рукой быстро нагнетать в манжету воздух до тех пор, пока давление в ней не превысит 30 мм рт.ст. – уровень, при котором исчезают тоны Короткова.
3. Выпускать воздух из манжеты со скоростью 2-3 мм рт.ст. в 1с, повернув вентиль влево. Одновременно фонендоскопом выслушивать тоны на плечевой артерии и следить за показанием шкалы манометра: при появлении первых звуков «отметить» на шкале и запомнить цифру, соответствующую систолическому давлению.
4. Продолжая выпускать воздух из манжеты, отметить величину диастолического давления, соответствующую ослаблению и полному исчезновению тонов Короткова.
5. Сообщить пациенту результат измерения.
6. Повторить процедуру через 2-3 минуты.

**Завершение процедуры**

1. Данные измерения округлить до 0 или 5, записать в виде дроби (в числители систолическое давление, а в знаменателе диастолическое).
2. Протереть мембрану фонендоскопа салфеткой, смоченной спиртом.
3. Записать данные исследования в необходимую документацию.
4. Вымыть руки.

**Измерение роста пациента**

**Оснащение:** ростомер, ручка, история болезни, перчатки, салфетка.

**Подготовка к процедуре**

1. Собрать информацию о пациенте.
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, получить согласие.
3. Подготовить оснащение.

**Выполнение процедуры**

1. Предложить пациенту встать на площадку ростомера спиной к стойке со шкалой, так чтобы он касался ее тремя точками (пятками, ягодицами и межлопаточным пространством).
2. Встать справа или слева от пациента.
3. Слегка наклонить голову пациента так, чтобы верхний край наружного слухового прохода и нижний край глазницы располагались по одной линии, параллельно полу.
4. Опустить на голову пациента планшетку. зафиксировать планшетку, попросить пациента опустить голову, затем помочь ему сойти с ростомера. определить показатели.

**Завершение процедуры**

1. Сообщить пациенту результаты измерения.
2. Надеть перчатки, выбросить салфетку с площадки ростомера, снять перчатки, вымыть руки.
3. Помочь пациенту сойти с площадки ростомера и записать результат в принятую документацию.

**Определение массы тела**

**Оснащение:** весы, салфетка, ручка, история болезни, перчатки.

**Подготовка к процедуре**

1. Собрать информацию о пациенте.
2. Объяснить пациенту ход предстоящей процедуры, понимание цели и подготовки к исследованию: проводить утром, натощак, после посещения туалета
3. Получить согласие.
4. Проверить регулировку весов: открыть затвор, расположенный над панелью и отрегулировать весы винтом; уровень коромысла весов, на котором. все гири находятся в нулевом положении, должен совпадать с контрольным пунктом.
5. Закрыть затвор.

**Выполнение процедуры**

1. Помочь пациенту встать в центр площадки весов, постелив на нее салфетку.
2. Открыть затвор и передвинуть гири на планках коромысла влево до тех пор, пока оно не встанет вровень с контрольным пунктом.
3. Закрыть затвор.

**Завершение процедуры**

1. Сообщить пациенту результат.
2. Надеть перчатки, выбросить салфетку с площадки весов, снять перчатки, вымыть руки.
3. Записать результат в принятую документацию.

**Индекс массы тела**

**Должная масса тела вычисляется по формуле Кетле**

**ИМТ = Масса (КГ)**

**Рост (М) 2**

**2.2 Особенности сестринского процесса при ожирении**

**Возможные проблемы пациента:**

* Дефицит информации о заболевании;
* Беспокойство по поводу внешнего вида;
* избыточное повышение массы тела;
* снижение работоспособности;
* психоэмоциональная лабильность;
* апатия;
* сонливость;
* увеличение массы тела;
* утомляемость;
* риск развития осложнений.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма. Медицинская сестра информирует пациента о заболевании, принципах лечения и профилактики, проводит подготовку к инструментальным и лабораторным методам исследованиям.

**Сестринский уход за больным с ожирением включает в себя:**

* наблюдение за состоянием пациента;
* оказание постоянной психологической поддержки;
* контроль за соблюдением диеты и лечения, назначенных врачом, а также выявление побочных эффектов лекарственных препаратов;
* беседа с пациентом о мерах профилактики ожирения.

**3. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**3.1 Наблюдение из практики 1**

В эндокринологическом отделении находится пациентка Иванова А., 50 лет с диагнозом, ожирение II степени. Жалобы на быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, отмечается значительное увеличение массы тела на 30%, одышка, снижение физической активности, запоры.Объективно: Температура 36,1 С. Состояние пациентки удовлетворительное. Кожа сухая, подкожно-жировой слой выражен избыточно. Лицо бледное, одутловатое, АД - 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 60/мин, ЧДД - 18/мин. Рост 168 см, вес 92 кг.

Осуществляя **первый этап** сестринского процесса – **сестринское обследование**, была заполнена медицинская документация – лист первичной оценки (см. приложение 1, таблица 2). Проанализировав лист первичной оценки, были выявлены жалобы на быструю утомляемость снижение работоспособности, сонливость, отмечается значительное увеличение массы тела на 30%, одышка, снижение физической активности, запоры, Температура 36,1 С. Состояние пациентки удовлетворительное. Кожа сухая, подкожно-жировой слой выражен избыточно. Лицо бледное, одутловатое, АД - 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 60/мин, ЧДД - 18/мин.

На основе полученных результатов переходим к осуществлению **второго этапа** сестринского процесса – выявляются нарушенные потребности, **определение проблем** – настоящие, потенциальные, приоритетные.

**Настоящие проблемы:**быстрая утомляемость снижение работоспособности, сонливость, отмечается значительное увеличение массы тела на 30%, одышка, снижение физической активности, запоры. **Потенциальные проблемы:** риск возникновения осложнений.

**Приоритетная проблема:** ожирение II степени.

После выявления проблем пациента приступаем к осуществлению **третьему этапа** сестринского процесса – **планирование сестринских вмешательств**. Необходимо наблюдение за состоянием пациента, проводить беседы о необходимости соблюдения диеты и приёме лекарственных препаратов. Осуществлять контроль за АД, пульсом, подготовку пациента к ЭКГ, УЗИ, исследованиям мочи и крови.

На **четвертом этапе** сестринского процесса - **реализация плана** **сестринского ухода** (см. приложение 1, таблица 3):

1. Обеспечить физический и психический покой, постельный комфорт.
2. Медицинская сестра обеспечит соблюдение диеты № 8 с ограничением холестерина и дополнительным содержанием витаминов А, Е.
3. Следить за регулярной функцией кишечника.
4. Медицинская сестра обеспечит гигиеническое содержание пациентов (подмывание, смена белья ежедневно).
5. Медицинская сестра систематически наблюдает за ЧДД, ЧСС, АД и пульсом.
6. Медицинская сестра должна придать больной возвышенное положение, освободить от стесняющей одежды, обеспечить максимальный приток свежего воздуха.
7. Медицинская сестра должна оказывать постоянную психологическую поддержку.
8. Беседовать с пациентом о мерах профилактики ожирения.
9. Медицинская сестра дозирует физическую и эмоциональную нагрузку пациента при организации труда и отдыха.

**Пятый этап** сестринского процесса – **оценка результатов сестринских вмешательств**: пациент отмечает значительное улучшение состояния, снижение массы тела. Цель достигнута.

**3.2 Наблюдение из практики 2**

Больной Дмитриев С., 64 лет, с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Ожирение III степени. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. Пульс 92 в минуту,ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. ЧДД – 20 в минуту, температура 36,3. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет.

На фоне ожирения у пациента развился инфаркт миокарда.

**Алгоритм действий медсестры**

* вызов врача с целью оказания квалифицированной помощи;
* придать пациенту удобное положение лежа на кушетке с целью уменьшения боли;
* обеспечить доступ свежего воздуха или оксигенотерапию с целью уменьшения гипоксии;
* обеспечить прием нитроглицерина под язык трижды через 5-10 мин с целью расширения коронарных сосудов (под контролем АД), прием аспирина 0,05 с целью уменьшения агрегации тромбоцитов;
* ввести по назначению врача лекарственные препараты: (морфин, промедол для адекватного обезболивания, гепарин с целью профилактики повторных тромбов и улучшения микроциркуляции, лидокаин с целью профилактики и лечения аритмии);
* обеспечить снятие ЭКГ, взятие крови на общий и биохимический анализ для подтверждения диагноза и проведение тропанинового теста;
* обеспечить транспортировку пациента в положении лёжа в реанимационное отделение.

**3.3 Выводы**

Сравнивая, два случая у пациентов с ожирением отмечаются различия в оказание медицинской помощи:

* в первом случае, осуществление сестринского процесса проводится с выявления проблем пациента и составления плана ухода по выявленным проблемам.
* во втором случае сестринский процесс заключается в оказании неотложной доврачебной помощи связанный с ухудшением состояния пациента.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Изучив необходимую литературу и проанализировав два случая, можно сделать выводы: знание этиологии возникновения ожирения, клинической картины и особенностей диагностики данного заболевания, методов обследования и подготовки к ним, принципов лечения и профилактики, осложнений, манипуляций поможет медицинской сестре осуществить все этапы сестринского процесса.

Глубоко изучив полученную информацию, можно сделать заключение, что цель работы достигнута. В ходе её выявлено, что использование всех этапов сестринского процесса, а именно:

I этап – оценка состояния пациента;

II этап – определение проблем пациента;

III этап – планирование сестринских вмешательств;

IV этап – реализация составленного плана сестринских вмешательств;

V этап – оценка результатов перечисленных этапов,

позволяет повысить качество сестринской помощи.

Медицинская сестра, в обязанности которой входит уход за больными, должна знать все правила ухода, умело выполнять лечебные процедуры. Лечение ожирения главным образом зависит от тщательного правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медицинской сестры в эффективности проводимого лечения.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Качаровская Е. В. Сестринское дело в терапии. «Кардиология» // 2010 год. 125 с.
2. Корягина Н. Ю. Организация специализированного сестринского ухода // 2009 год. 211 с.
3. Мухина С. А., Тарновская И. И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» // Издательство «ГЭОТАР-Медиа» 245 с.
4. Широкова Н. В. Основы сестринского дела. Алгоритмы манипуляций // 2010 год. 138 с.
5. Широкова Н. В. Основы сестринского дела. Ситуационные задачи // 2009 год. 235 с.
6. Бутрова С.А., Берковская М.А. Современные аспекты терапии ожирения. // Справочник поликлинического врача. 2008. – №.11. – с. 58

\*\*\*

1. Жихарева Н.А. Организационные подходы к формированию внутриучрежденческой системы управления качеством сестринской помощи / И.Г. Новокрещенова, И.В. Новокрещенов, Н.А. Жихарева // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2007. - №4. - С.23-29

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

Таблица 1. Лечебные столы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № диеты | Общая характеристика | Режим питания |
| 8 | 1) малокалорийная диета;  2) ограничение углеводов, особенно быстрорастворимых и быстровсасывающихся (сахар), являющихся основными поставщиками энергии и легко переходящими в организме в жир;  3) ограничение жиров животного происхождения и увеличение растительных жиров в рационе (50% от общего количества жира), учитывая свойство последних активизировать процессы расходования жира организма;  4) создание чувства сытости благодаря малокалорийной, но значительной по объему пищи (сырые овощи и фрукты);  5) ограничение соли в пище (до 5 г) и ограничение жидкости (до 1-1,5 л) для нормализации водно-солевого обмена;  7) разгрузочные дни. | Многократное, 5-6 разовое питание; исключение продуктов, возбуждающих аппетит (острые закуски, пряности и др.). |

Таблица 2. Лист первичной сестринской оценки

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диагноз\_ Ожирение II степень\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата поступления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_время\_\_\_\_\_\_\_  первичное повторное  Поступил  по скорой помощи самостоятельно  направление поликлиники перевод  Способ транспортировки в отделение  на каталке на кресле пешком  Сознание  ясное контактен ориентирован  дезориентирован  спутанное сопор ступор  кома  Потребность в дыхании  Дыхание  свободное затруднено  Частота дыхательных движений 18 в мин  Частота пульса 60 в минуту  ритмичный аритмичный  АД 100/70 мм рт.ст.  Является курильщиком  да нет  Количество выкуриваемых сигарет \_\_\_\_\_  Кашель  да сухой с мокротой  нет  Потребность в адекватном питании и питье  Масса тела 92 кг рост 168 см  Принимает пищу и питье  самостоятельно нуждается в помощи  Аппетит  нормальный пониженный  повышенный отсутствует  Болеет ли сахарным диабетом  да нет  Если «да», то как регулирует заболевание  инсулин сахароснижающие таблетки  диета  Диета  соблюдает  аллергия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Диспепсические расстройства  тошнота рвота  тяжесть, дискомфорт в области живота  Зубы сохранены отсутствуют  частично сохранены  Имеются ли съемные зубные протезы  дасверхуснизу  нет  Принимает жидкость  ограниченно достаточно много  Способность одеться, раздеться, выбрать одежду, личная гигиена  независимзависим полностью частично  Одевается, раздевается  самостоятельно  с посторонней помощью  Имеет ли выбор одежды да нет  Заботится ли о своей внешности  опрятен  неряшлив  не проявляет интереса  Может ли самостоятельно  самостоятельно частично не может   * провести гигиену * умываться * мыть руки * чистить зубы * ухаживать за   протезами   * бриться   промежности   * причесываться * принять ванну, душ * мыть голову * стричь ногти   Состояние полости рта  санирована несанирована  Состояние кожи  сухая нормальная жирная  отечность  расчесы  язвы  высыпания  Способность поддерживать нормальную температуру тела  Температура тела в момент обследования 36,1°С  понижена нормальная повышена  Имеется  потливость озноб чувство жара | Физиологические отправления  Мочеиспускание  обычное по частоте учащенное  редкое болезненное  ночное(сколько раз) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  недержание наличие катетера  Функционирование кишечника  Частота\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Характер стула  обычной консистенции  жидкийтвердый  недержание  стома  Потребность в движении  независим  зависим  полностью  частично  Ходьба пешком  самостоятельно  с посторонней помощью  использование дополнительных приспособлений  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Может ли самостоятельно  самостоятельно частично не может   * ходить по лестнице * сидеть на стуле * дойти до туалета * перемещаться в постели   контрактуры  парез \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  паралич \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Риск падения да нет  Риск развития пролежней да нет  Количество баллов по шкале Ватерлоу \_\_\_\_\_  нет риска - 1 - 9 баллов  есть риск - 10 баллов  высокая степень риска - 15 баллов  очень высокая степень риска – 20 баллов  Потребность во сне  использует снотворные  храпит  спит хорошо  Привычки сна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Факторы, нарушающие сон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Потребность трудится и отдыхать  работает  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  не работает  пенсионер  учащийся  инвалидность  увлечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Есть ли возможность реализовать свои увлечения  да нет  Возможность общения  Разговорный язык русский  Трудности в общении  Слух  нормальный  тугоухость справа слева  глухой  слуховой аппарат  Зрение  нормальное  контактные линзы справа слева  очки  слепота справа слева полная  глазной протез справа слева  Способность поддерживать безопасную окружающую среду  Поддержание безопасности  самостоятельно  с посторонней помощью  не может  Двигательные и сенсорные отклонения  да нет  головокружение  шаткость походки  снижение чувствительности |

Пациент\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Медсестра\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Таблица 3. План сестринского ухода

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить физический и психический покой, постельный комфорт. | Для комфортного состояния пациента. |
| 2. Медицинская сестра обеспечит соблюдение диеты № 8 с ограничением холестерина и дополнительным содержанием витаминов А, Е. | Нормализация обменных процессов, повышение защитных сил организма. |
| 3. Следить за регулярной функцией  кишечника. | Для предотвращения запоров. |
| 4. Медицинская сестра обеспечит гигиеническое содержание пациентов (подмывание, смена белья ежедневно). | Для обеспечения комфортного состояния. |
| 5. Медицинская сестра обеспечивает контроль приёма лекарственных средств. | Контролировать приём лекарств пациенткой. |
| 6. Медицинская сестра систематически наблюдает частотой дыхания, придать больной возвышенное положение, освободить от стесняющей одежды, обеспечить максимальный приток свежего воздуха. | Для уменьшения одышки. |

Таблица 4. Индекс массы тела

|  |  |
| --- | --- |
| Индекс массы тела | Соответствие между массой человека и его ростом |
| 16 и менее | Выраженный дефицит массы тела |
| 16.5—18.49 | Недостаточная (дефицит) масса тела |
| 8.5—24.99 | Норма |
| 25—29.99 | Избыточная масса тела (предожирение) |
| 0—34.99 | Ожирение первой степени |
| 35—39.99 | Ожирение второй степени |
| 40 и более | Ожирение третьей степени (морбидное) |