**Содержание**

I Введение 2

1 Философия сестринского дела 2

II Основная часть 5

1 Понятие о сестринском процессе (теоретическая часть) 5

III Заключение 11

IV Список использованной литературы 12

# I Введение

## 1 Философия сестринского дела

Постановление правительства Российской Федерации от 05.11.97, №1387 «О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации» предусмотрено осуществление реформы, направленной на повышение качества, доступности и экономической эффективности медицинской помощи населению в условиях формирования рыночных отношений.

Медицинским сестрам отводится одна из ведущих ролей в решении задач медико-социальной помощи населению и повышении качества и эффективности медицинских услуг сестринского персонала в ЛПУ. Функции медицинской сестры разнообразны и ее деятельность касается не только диагностического и лечебного процесса, но и ухода за пациентами с целью полной реабилитации больного.

Первое определение сестринского дела дала всемирно известная медицинская сестра Флоренс Найтингейл. В своих известных «Записках об уходе» в 1859 г. она писала, что сестринское дело – это «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

В настоящее время сестринское дело – неотъемлемая составная часть системы здравоохранения. Оно является многогранной медикоЭсанитарной дисциплиной и имеет медико-социальное значение, поскольку призвано поддерживать и охранять здоровье населения.

В 1983 г. в Голицино прошла I Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная теории сестринского дела. В ходе конференции сестринское дело рассматривалось как часть системы здравоохранения, наука и искусство, которые направлены на решение существующих и потенциальных проблем, касающихся здоровья население в условиях постоянно меняющейся окружающей среды.

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела является структура, основанная на философии сестринского дела, включающей четыре парадигмы: сестринское дело, личность, окружающая среда, здоровье.

**Понятие личности** занимает особое место в философии сестринского дела. Объектом деятельности медицинской сестры является пациент, человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние его с окружающей средой.

Сестре приходится работать с разными категориями пациентов. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям. Она принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей.

**Окружающая среда** рассматривается как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Она включает в себя совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает жизнедеятельность человека.

**Здоровье** рассматривается не отсутствие болезней, а как динамическая гармония личности с окружающей средой, достигаемая посредством адаптации.

**Сестринское дело** является наукой и искусством, направленным на решение существующих проблем, связанных со здоровьем человека в изменяющихся условиях окружающей среды.

Философия сестринского дела устанавливает основные этические обязанности специалистов по обслуживанию человека и общества; цели, к которым стремится профессионал; моральные качества, добродетели и навыки, ожидаемые от практикующих специалистов.

Основной принцип философии сестринского дела – уважение прав и достоинств человека. Он реализуется не только в работе сестры с пациентом, но и в ее сотрудничестве с другими специалистами.

Международным советом медицинских сестер был разработан кодекс поведения медицинских сестер. Согласно этому кодексу, фундаментальная ответственность медсестер имеет четыре главных аспекта: 1) содействие укреплению здоровья, 2) профилактика заболеваний, 3) восстановление здоровья, 4) облегчение страданий. Этот кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

В 1997 г. Российской ассоциацией медицинских сестер принят Этический кодекс медицинских сестер России. Составляющие его содержание принципы и нормы конкретизируют нравственные ориентиры в профессиональной сестринской деятельности.

# II Основная часть

## 1 Понятие о сестринском процессе (теоретическая часть)

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.

**1. Сестринское обследование.** Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод – это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод – это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входит измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса является документирование полученной информации создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом – документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

**2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза.** Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы – это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные – те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам.

Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании патологических состояний, а сестринский – основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем. Американская ассоциация медицинских сестер, например в качестве основных проблем, связанных со здоровьем выделяет следующие: ограниченность самообслуживания, нарушение нормальной жизнедеятельности организма, психологические и коммуникативные нарушения, проблемы, связанные с жизненными циклами. В качестве сестринских диагнозов они используют такие, например, словосочетания, как «дефицит гигиенических навыков и санитарных условий», «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций», «беспокойство» и т. п.

**3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности.** План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

Формируя цели, необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). Например, «цель – пациент к 5 января с помощью медсестры должен вставать с кровати». Действие – вставать с кровати, критерий 5 января, условие – помощь медсестры.

Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

**4. Реализация планируемых действий.** Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

Существует три категории сестринского вмешательства. Выбор категории определяется нуждами пациентов.

предписаний врача и под его наблюдением.Ѝ*Независимое сестринское вмешательство* предусматривает действия, осуществляемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача. Например, обучение пациента гигиеническим навыкам, организация досуга пациента и др.

*Взаимозависимое сестринское вмешательство* предусматривает совместную деятельность сестры с врачом, а также с другими специалистами.

При всех типах взаимодействия ответственность сестры исключительно велика.

**5. Оценка эффективности сестринского ухода.** Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры. Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторык оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода служат следующие факторы: оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства; оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода; оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента; активный поиск и оценка новых проблем пациента.

Важную роль в достоверности оценки результатов сестринского ухода играет сопоставление и анализ полученных результатов.

##

## 2 Организация сестринского процесса у больных с желудочно-кишечными заболеваниями (практическая часть).

# Уход за больным с острым гастритом

Острый гастрит - острое воспалительное поражение слизистой оболочки желудка, сопровождающееся нарушением секреции и моторики.

## Основные факторы риска развития острого гастрита

* нарушение питания (употребление недоброкачественной и трудноперевариваемой пищи);
* недостаток витаминов;
* злоупотребление алкоголем;
* курение;
* длительное нарушение ритма питания;
* пищевые токсикоинфекции;
* заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов в организме (легочная недостаточность, сахарный диабет, нарушение функции почек);
* аллергия к пищевым продуктам;
* раздражающее действие некоторых лекарственных веществ (аспирин, антибиотики и др.);
* ожоги щелочами или кислотами.

## Основными симптомами острого гастрита являются:

* чувство полноты и тяжести в эпигастральной области;
* острые диспепсические расстройства (тошнота, рвота), которые возникают спустя 4-12 ч. после погрешности в диете. Рвота обильная, в рвотных массах видны остатки непереваренной пищи;
* появляются жидкие испражнения со зловонным запахом;
* вздутие живота;
* метеоризм;
* схваткообразные боли в животе;
* в тяжелых случаях значительно снижается артериальное давление, появляется бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения;
* при пальпации живота выявляется разлитая болезненность в эпигастральной области; при поносах болезненность отмечается по ходу толстой кишки;
* иногда повышается температура тела;
* язык обложен серым налетом;
* изо рта неприятный запах.

В пользу острого гастрита говорит сочетание остро развившихся диспепсических расстройств, возникших после погрешностей в диете или после приема алкоголя. В самом начале заболевания отмечается увеличение секреции желудка, а затем происходит ее снижение. При гастроскопии выявляются гиперемия слизистой оболочки, слизь, иногда наличие эрозий и кровоизлияний. Полное восстановление слизистой оболочки происходит спустя 12-15 дней от начала заболевания. В большинстве случаев заболевание заканчивается полным выздоровлением, но иногда острый гастрит переходит в хронический. Полному выздоровлению способствует своевременное начало лечения.

## Правила ухода за больным острым гастритом

* При развитии острого гастрита необходимо полное воздержание от приема пищи в течение 1-2 дней.
* Назначают обильное теплое питье небольшими порциями (крепкий чай, теплая щелочная минеральная вода).
* Желудок необходимо полностью освободить от остатков пищи, для этого проводят промывание желудка изотоническим раствором хлорида натрия или 0,5% раствором гидрокарбоната натрия (1 чайная ложка питьевой соды на 1 литр воды).
* Если боли в эпигастральной области выражены, то, по назначению врача, следует положить теплую грелку на живот.
* При наличии озноба положить грелку к ногам.
* Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.
* В остром периоде показан постельный режим.
* Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.
* Ограничение физической нагрузки в первые дни болезни.
* Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
* Необходимо наблюдать за частотой пульса, артериальным давлением, температурой тела, переносимостью пищи, стулом (частота, консистенция).
* Со 2-3-го дня назначают диету № 1А (см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения"): больному дают 6 раз в день небольшими порциями нежирный бульон, слизистый суп, протертую рисовую или манную кашу, кисели, сливки, молоко на ночь.
* На 4-й день больному можно давать мясной или рыбный бульон, отварную курицу, паровые котлеты, картофельное пюре, белый подсушенный хлеб.
* Через 6-8 дней больного переводят на обычное питание.
* Для профилактики развития хронического гастрита больному рекомендуется рациональное питание, избегать злоупотребления спиртными напитками, курением.

Одной из разновидностей острого гастрита является коррозивный гастрит, который возникает вследствие попадания в желудок крепких кислот, щелочей, солей тяжелых металлов, этилового спирта. Симптомы болезни зависят от характера яда, степени повреждения слизистой оболочки рта, пищевода и желудка, способности ядовитых веществ всасываться в кровь.

### Основные симптомы коррозивного гастрита

* Интенсивные боли в эпигастральной области;
* Жжение в полости рта, глотке, пищеводе;
* Боли и затруднение при глотании;
* Повторная рвота пищей, слизью, иногда кровью;
* Черный стул;
* Гипотония;
* Пятна от ожогов на слизистой оболочке губ, уголках рта, щек, языка, зева, гортани;
* При поражении гортани появляются охриплость голоса, затрудненное дыхание;
* Живот вздут, болезнен.

Угрожающий жизни период болезни продолжается 2-3 дня.

### Правила ухода за больным с острым коррозивным гастритом

* Срочная госпитализация в хирургическое отделение или токсикологический центр.
* Промывание желудка большим количеством теплой воды. При поражении щелочами желудок необходимо промыть 0,5-1% раствором уксусной кислоты или водой, в которую добавлено несколько кристаллов лимонной кислоты на 1 л воды.
* Соблюдение постельного режима первые 2-3 дня.
* Контроль за артериальным давлением, пульсом.
* Контроль за характером стула (появление темного стула свидетельствует о примеси крови).
* Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.
* Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.
* Ограничение физической нагрузки в первые дни болезни.
* Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
* Полное голодание 1-2 дня.
* С 3-го дня назначают лечебное питание: больному дают молоко, сливочное масло кусочками, растительное масло по 200 г. в день, взбитые яичные белки.

# Уход за больным с хроническим гастритом

Хронический гастрит - патологическое состояние, развивающееся вследствие воспаления слизистой оболочки желудка. При хроническом гастрите наряду с воспалительными изменениями слизистой оболочки наблюдаются дистрофические ее изменения. В далеко зашедших случаях отмечаются атрофические изменения слизистой оболочки, при этом происходит поражение желудочных желез, что приводит к резкому снижению секреторной функции желудка.

## Факторы риска развития хронического гастрита

* Нарушение качества питания (употребление недоброкачественной и трудноперевариваемой пищи);
* Недостаток в пище белка, железа, витаминов;
* Злоупотребление алкоголем;
* Курение;
* Длительное нарушение ритма питания - наличие больших промежутков между приемами пищи;
* Заболевания, сопровождающиеся нарушением обменных процессов в организме (легочная недостаточность, сахарный диабет, нарушение функции почек, ожирение, болезни крови);
* Аллергия к пищевым продуктам;
* Раздражающее действие некоторых лекарственных веществ (аспирин, антибиотики, сульфаниламиды и др.);
* Профессиональные вредности (свинец, висмут, угольная или металлическая пыль и др.);
* Неизлеченный острый гастрит.

Симптоматика болезни определяется состоянием секреторной функции желудка.

## При хроническом гастрите со сниженной секрецией преобладают следующие симптомы:

* Диспепсические нарушения в виде снижения аппетита, неприятного вкуса во рту, тошноты;
* Боли в эпигастральной области, возникающие вскоре после приема пищи, однако интенсивность их невелика и не требует применения обезболивающих средств;
* Отмечается также нерегулярность действия кишечника: склонность к послаблению стула;
* Общее состояние больных изменяется только при выраженных явлениях гастрита с присоединением нарушений функции кишечника;
* Отмечается снижение массы тела;
* В желудочном соке выявляется снижение содержания соляной кислоты (вплоть до отсутствия после стимуляции желудочной секреции с помощью подкожного введения раствора гистамина);
* Содержание фермента пепсина в желудочном соке также снижено.

## При хроническом гастрите со сниженной секрецией преобладают следующие симптомы:

* Изжога.
* Отрыжка кислым.
* Чувство жжения и распирания в эпигастральной области.
* Боли, как у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: боли возникают натощак и проходят после приема пищи; боли возникают также спустя 3-4 ч. после приема пищи, повторный прием пищи снимает боли.

## Правила ухода за больными хроническим гастритом

* Лечение больных проводят в поликлинике, так как остро возникающие симптомы требуют достаточно быстрого вмешательства.
* Больных с хроническим гастритом обычно не госпитализируют, так как они вполне трудоспособны.
* Категорически запрещаются курение и прием алкоголя.
* Соблюдение правильного режима питания и соответствующей диеты. Диету назначают в соответствии с результатами исследования желудочного сока. Однако независимо от результатов исследования желудочного сока больной не должен употреблять "тяжелую" пищу (жирное мясо, консервированные продукты, острые блюда, сдобные пироги и т. п.). При повышенной секреции желудочного сока нельзя употреблять в пищу ничего "острого" (пряности, соусы, соленые блюда), так как эти продукты усиливают секрецию желудочного сока. Если у больного повышенная кислотность, не рекомендуются черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты. При гастрите со сниженной секреторной функцией желудка допустимы некоторые пряности и приправы, которые могут увеличивать кислотность желудочного сока, однако пища дается в хорошо измельченном виде ("механическое щажение"). При повышенной кислотности стол должен быть механически и химически щадящим (диета №1), а при пониженной кислотности - механически щадящим (диета №2) (см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения"). Хорошее действие оказывают минеральные воды.
* Контроль за своевременным и полноценным приемом назначенных лечащим врачом лекарственных препаратов, которые имеют своей целью коррекцию кислотности желудочного сока, а также нормализацию моторики желудочно-кишечного тракта. Если нарушаются процессы кишечного пищеварения (при гастрите со сниженной секреторной функцией), что проявляется поносами, то одновременно назначают ферментные препараты (панзинорм, фестал), которые следует принимать во время еды.
* Больных хроническими гастритами со сниженной секрецией желудочного сока (особенно с отсутствием соляной кислоты в желудочном соке) ставят на диспансерный учет. Раз в год таким больным проводят гастроскопию или рентгенологическое исследование желудка, так как они являются группой риска в отношении развития рака желудка.
* В комплекс лечебных мероприятий включают физиотерапевтические процедуры (грязелечение, диатермию, электро- и гидротерапию).
* Рекомендуется витаминотерапия, особенно прием никотиновой и аскорбиновой кислот, витаминов В6, В12.
* Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов.
* Создание благоприятной обстановки дома и на работе.
* Больной не должен волноваться и раздражаться.
* Занятия физической культурой и спортом.
* Закаливание организма.
* Необходимо своевременно проводить санацию ротовой полости, лечение и протезирование зубов.
* Лечение больных хроническим гастритом можно проводить в условиях гастроэнтерологических санаториев. Следует помнить, что при пониженной секреторной функции желудка не назначают тепловые процедуры ввиду опасности развития рака желудка.
* Проводить профилактику обострений болезни.
* Даже при наступлении ремиссии следует соблюдать режим питания и диету.

# Уход за больным с острым панкреатитом

Острый панкреатит - острое воспалительное поражение железистой ткани поджелудочной железы.

## Основные факторы риска развития острого панкреатита

* Употребление недоброкачественной и трудноперевариваемой пищи, дефицит белка в диете;
* Наследственная предрасположенность;
* Злоупотребление алкоголем;
* Обменные и гормональные нарушения (снижение функции щитовидной железы, нарушение липидного обмена);
* Длительное нарушение ритма питания;
* Пищевые токсикоинфекции;
* Инфекционные заболевания органов пищеварения (болезнь Боткина, дизентерия, холецистит, желчнокаменная болезнь);
* Травмы поджелудочной железы.

## Основными симптомами острого панкреатита являются:

* Острая боль в верхней половине живота, часто опоясывающая, иногда в области пупка, боль отдает в спину, левое плечо, область сердца;
* Частая, мучительная рвота, не приносящая облегчения;
* Лихорадочное состояние;
* В тяжелых случаях значительно снижается артериальное давление; появляется бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения;
* Язык обложен серым налетом, изо рта неприятный запах.

## Правила ухода за больным с острым панкреатитом

* Больного необходимо срочно госпитализировать в хирургический стационар.
* В остром периоде больной должен соблюдать постельный режим. В дальнейшем, при улучшении общего состояния, необходимо ограничивать физическую нагрузку до выздоровления.
* Необходимо полное воздержание от приема пищи в течение 1-4 дней.
* В первые 2-3 дня голодания можно пить кипяченую или минеральную воду комнатной температуры (4-5 стаканов в день) или отвар шиповника (1-2 стакана в день).
* Необходим холод на верхнюю половину живота и правое подреберье (для уменьшения секреции поджелудочной железы).
* При наличии озноба больного необходимо укутать и положить грелку к ногам.
* Проводится контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов (антипротеолитических, обезболивающих, спазмолитиков, холинолитиков и др.).
* Необходимо избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.
* Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
* Необходимо наблюдать за частотой пульс, артериальным давлением, температурой тела, переносимостью пищи, стулом (частота, консистенция).
* Соблюдение диеты. После окончания периода голода больному назначают диету № 5 (см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения") с резко сниженным количеством белка, жиров и углеводов. Необходимо ограничить пищу, содержащую грубую клетчатку, эфирные масла, специи, крепкие бульоны, жареную пищу. Рекомендуется теплая пища, приготовленная на пару, запеченная, протертая. Исключается очень горячая и очень холодная пища.
* Для профилактики развития хронического панкреатита больному рекомендуется рациональное питание, исключение из рациона спиртных напитков, жирной, острой и сладкой пищи, своевременное лечение заболеваний пищеварительной системы.

# Уход за больным с хроническим панкреатитом

Хронический панкреатит - хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы.

## Основными симптомами хронического панкреатита являются:

* Боль в эпигастральной области и животе, которая локализуется слева от пупка, в левом подреберье. Боли обычно длительные, отдают в спину, левую лопатку, возникают после употребления в пищу острых, жареных и жирных блюд, алкоголя;
* Чувство тяжести в эпигастральной области;
* Тошнота;
* Рвота;
* Метеоризм;
* Желтуха;
* Снижение аппетита и массы тела;
* Нарушается стул, появляется склонность к поносам;
* Быстрая утомляемость, снижение работоспособности;
* Нарушение сна;
* Сухость кожи;
* "Заеды" в углах рта;
* Ломкость волос и ногтей.

## Правила ухода за больным хроническим панкреатитом

* В период выраженного обострения показана госпитализация больного в специализированное отделение стационара.
* При слабо выраженном обострении лечение можно проводить амбулаторно.
* Назначается дробное частое (до 5-6 раз) питание с повышенным содержанием белков (диета № 5 - см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения") и сниженным содержанием жиров и углеводов. Необходимо ограничить пищу, содержащую грубую клетчатку, эфирные масла, специи, крепкие бульоны, жареную пищу. Рекомендуется пища, приготовленная на пару, запеченная, протертая. Исключается горячая и очень холодная пища. Запрещаются консервы, сдобные мучные и кондитерские изделия, ржаной хлеб, крепкий чай и кофе, шоколад, какао, копчености. Калорийность пищи - 2500-2600 ккал в сутки.
* Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов (антипротеолитических, спазмолитиков, анальгетиков, ферментных препаратов, анаболиков, антибиотиков).
* Избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.
* Ограничение физической нагрузки в период обострения болезни.
* Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
* Полный отказ от алкоголя.
* Занятия физкультурой для укрепления брюшных мышц, самомассаж живота.
* Показано санаторно-курортное лечение в стадии ремиссии.
* Для профилактики больному рекомендуется соблюдение рационального питания, здорового образа жизни, своевременное лечение заболеваний пищеварительной системы, в т.ч. острого панкреатита. Необходимо избегать злоупотребления спиртными напитками.

# Уход за больным с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

Язвенная болезнь - хроническое, циклически протекающее заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки с образованием в периоды обострения язв.

Заболевание возникает в результате нарушения регуляции секреторных и моторных процессов. Встречается у людей любого возраста, но чаще в возрасте 30-40 лет; мужчины болеют в 6-7 раз чаще, чем женщины (особенно язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки).

## Основные факторы риска развития язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

* Наследственность;
* Курение;
* Злоупотребление алкоголем;
* Эмоциональный стресс и длительные переживания;
* Психические травмы;
* Повышенная возбудимость и спазмы желудка;
* Нерегулярное питание;
* Грубая, пряная пища;
* Употребление слишком горячих или холодных блюд;
* Повышение кислотности желудочного сока.

## Основные симптомы язвенной болезни

* Боль в эпигастральной области, которая связана с приемом пищи. Она может возникнуть через 30-60 мин. либо через 2 ч. после еды. При язве двенадцатиперстной кишки боли возникают натощак ("ранние" или "голодные" боли), проходят после приема пищи, молока, щелочей и обычно возобновляются через 2 или 3 ч.
* Возможны "ночные" боли, также исчезающие после приема пищи или щелочных препаратов (иногда достаточно нескольких глотков молока).
* При язве желудка характерны "ранние" боли, возникающие через
20-30 мин. после приема пищи. Боли могут отдавать в спину, между лопатками, быть острыми, тупыми или ноющими. Боли, как правило, обостряются после нервных расстройств или приема грубой, кислой, соленой и трудноперевариваемой пищи (жирное жареное мясо, изделия из сдобного теста и др.).
* Боли, особенно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, имеют сезонный характер: их появление или усиление отмечается в определенное время года, чаще всего весной и осенью.
* Изжога, тошнота, изменение аппетита обычно не характерны для больных с язвенной болезнью.
* Возможна рвота, которая возникает при сильных болях и приносит облегчение. Рвота может возникать на "голодный" желудок, а также непосредственно во время приема пищи. В рвотных массах содержится много слизи и остатков непереваренной пищи. Если у больного появилась рвота в виде кофейной гущи (темная, почти черная), это указывает на желудочное кровотечение. При небольших желудочных кровотечениях рвоты может не быть. Кровь может поступать в кишечник и ее можно обнаружить в испражнениях больного при обследовании.
* Обильные и продолжительные желудочные кровотечения вызывают у больного общую слабость, малокровие (снижение гемоглобина), потерю в весе.
* Во время обострения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки могут возникать запоры. Этот симптом реже встречается при язвенной болезни желудка.
* Аппетит у больных, как правило, не нарушен.
* Из общих жалоб можно отметить повышенную раздражительность, потливость.
* Большое значение имеет исследование желудочного сока. Особенно показательно повышение кислотности желудочного сока, которое чаще встречается при локализации язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. При язвенной болезни желудка показатели кислотности желудочного сока могут соответствовать норме и даже быть ниже.

Язвенная болезнь протекает хронически. Волнообразность течения со "светлыми" промежутками и периодами обострения в осенне-весеннее время особенно характерна для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Обострению язвенной болезни способствуют курение, нервно-психическое перенапряжение, злоупотребление алкоголем.

В процессе течения язвенной болезни кроме кровотечения возможны следующие осложнения: перфорация, рубцовое сужение привратника.

Перфорация (прободение) наблюдается обычно у мужчин во время обострения болезни (чаще в весенне-осенний период). Характерно возникновение очень сильной боли в верхней половине живота, после чего развивается симптом "мышечной защиты" - живот становится втянутым и твердым. Состояние больного прогрессивно ухудшается: живот вздут, резко болезнен, лицо бледное, с заостренными чертами, язык сухой, пульс нитевидный. Больного беспокоят сильная жажда, икота, рвота, газы не отходят. Это клиническая картина развившегося перитонита.

Рубцовое сужение привратника - следствие рубцевания язвы, располагающейся в пилорическом отделе желудка. В результате стеноза создается препятствие для прохождения пищи из желудка в двенадцатиперстную кишку. Вначале мощная перистальтика гипертрофированной мускулатуры желудка обеспечивает своевременное прохождение пищи, но затем пища начинает задерживаться в желудке (декомпенсация стеноза). У больных появляются отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне. При пальпации живота определяется "шум плеска". Живот вздут, в подложечной области сильная перистальтика.

## Правила ухода за больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

* Больным, у которых язвенная болезнь выявлена впервые, или больным с обострением болезни лечение проводят в стационаре в течение 1-1,5 месяцев.
* В период обострения больной должен соблюдать постельный режим (можно ходить в туалет, умываться, присаживаться к столу для еды) в течение 2-3 недель. При благополучном течении заболевания режим постепенно расширяется, однако сохраняется обязательное ограничение физических и эмоциональных нагрузок.
* Необходимо следить за общим состоянием больного: цветом кожи, пульсом, артериальным давлением, стулом.
* Соблюдение диеты. В период обострения показаны диеты № 1А и 1Б по Певзнеру (см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения"). Пища должна быть механически, химически и термически щадящей. Питание должно быть дробным, частым (6 раз в день), пищу следует тщательно пережевывать. Все блюда готовят протертыми, на воде или на пару, жидкой или кашицеобразной консистенции. Интервалы между приемами пищи должны быть не более 4 часов, за час до сна допускается легкий ужин. Необходимо избегать приема веществ, усиливающих секрецию желудочного и кишечного соков (концентрированных мясных бульонов, солений, копченостей, рыбных и овощных консервов, крепкого кофе). Пищевой рацион должен содержать достаточное количество белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов.
* Контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов.
* Необходимо избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться. При повышенной возбудимости назначают успокаивающие лекарственные средства.
* Нужно создать условия для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.
* Необходимо запретить курение и употребление спиртных напитков.
* Если нет кровотечения и подозрения на перерождение язвы, проводят физиотерапевтические процедуры (парафиновые аппликации, коротковолновую диатермию на эпигастральную область).
* При желудочном кровотечении, прежде всего, необходимо вызвать врача. Следует обеспечить полный покой больному, успокоить его. На область желудка положить пузырь со льдом. Для остановки кровотечения вводят кровоостанавливающие средства. Если все эти мероприятия не дают результата, то больной подлежит хирургическому лечению.
* После выписки из стационара больному показано проведение курортного лечения в специализированном санатории.
* Необходимо организовать диспансерное наблюдение; частота осмотров - 2 раза в год.
* Для предупреждения рецидивов заболевания необходимо проведение специальных противорецидивных курсов лечения дважды в год в течение 12 дней (весной, осенью).
* Правильная организация труда и отдыха.
* Профилактическое лечение в течение 3-5 лет.

Реабилитация больных, перенесших язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, направлена на восстановление здоровья и трудоспособности.

## В комплекс реабилитационных мероприятий входит:

* Курсовое и пролонгированное лечение больных в условиях стационара или поликлиники;
* Противорецидивное лечение;
* Санаторно-курортное лечение;
* Диетическое питание;
* Физиотерапевтические процедуры;
* Психотерапия;
* Лечебная физкультура.

Больной считается выздоровевшим, если нет рецидива в течение 5 лет.

# Уход за больным с желчнокаменной болезнью

Желчнокаменная болезнь - заболевание, при котором в желчном пузыре и желчных протоках из холестерина, пигментов и известковых солей образуются камни, которые вызывают боль в правом подреберье, горечь во рту, изжогу, жидкий стул, закупорку желчных протоков и инфекционно-воспалительный процесс.

По химическому составу различают камни холестериновые, пигментные, известковые, сложные холестерино-пигментно-известковые.

## Способствуют камнеобразованию

* наследственность;
* пожилой возраст больных;
* особенности обменных процессов в организме;
* ожирение;
* высококалорийная рафинированная пища, богатая белком и жирами;
* сидячий образ жизни;
* застой желчи;
* инфекция желчного пузыря и желчных путей.

Течение болезни складывается из приступа и межприступного периода. Приступ желчнокаменной болезни - печеночная колика - развивается при внезапном возникновении препятствия на пути оттока желчи из печени в желчный пузырь.

Желчнокаменная болезнь у женщин встречается чаще, чем у мужчин.

## Спровоцировать приступ ЖКБ могут:

* резкие физические движения;
* отрицательные эмоции;
* работа в наклонном положении;
* употребление жирной и острой пищи;
* обильное употребление жидкости.

Основной симптом приступа печеночной колики - сильная боль, которая локализуется в правом подреберье и может распространяться в область спины и правой лопатки, плечо, шею, челюсть, лобную область, правый глаз. Боль бывает такой интенсивности, что возможна потеря сознания. Больной мечется в поисках облегчающего положения. Кожа становится бледной, покрывается холодным липким потом, отмечается сильный озноб, тахикардия, кожный зуд. Если камень попадает в общий желчный проток и закупоривает его, то развивается механическая желтуха, кал становится светлым (лишенным желчных пигментов), моча темнеет вследствие наличия в ней желчных пигментов. Иногда возникает рефлекторная тошнота, рвота желчью, быстрое повышение температуры тела.

Приступ может продолжаться от нескольких минут до нескольких часов, у некоторых больных до 2-х суток.

## Помощь во время приступа

* Уложить больного в постель и обеспечить ему полный покой.
* По возможности поместить больного в горячую ванну. Если такой возможности нет, то можно использовать грелки или согревающий компресс на правый бок.
* Нельзя оставлять больного без присмотра, т.к. во время приступа может быть обморок или рвота.
* Необходимо давать больному обильное питье (чай, минеральную воду без газа).
* При ознобе больного нужно хорошо укрыть, к ногам приложить грелки.
* При возникновении кожного зуда рекомендуется попеременное протирание холодной и теплой водой, что значительно облегчает состояние больного.
* Вызвать врача.

После отхождения камня печеночная колика может самостоятельно прекратиться.

## Принципы лечения желчнокаменной болезни

* Питьевой режим, включающий суточный объем жидкости не менее 2 литров.
* Ограничительная диета (исключение жирного, жаренного, копченого, алкоголя).
* Фитотерапия (лечение травами).
* Борьба с инфекцией желчных путей и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
* Хенотерапия (растворение камней специальными лекарственными препаратами).
* Оперативное удаление камней.

## Советы больным желчнокаменной болезнью

* Необходимо соблюдать правильный питьевой режим (употребление не менее 8 стаканов жидкости в сутки: минеральная вода, компот, морс, сок, отвары лекарственных трав, арбузы.
* Соблюдайте диету с ограничением жирной пищи или вообще откажитесь от нее. Это позволит снизить частоту приступов. Рекомендована диета № 5 (см. раздел "Диеты при болезнях органов пищеварения").
* Включение в свой рацион пищи, богатой витаминами.
* Исключение алкоголя.
* Избежание тяжелых физических и эмоциональных нагрузок, переохлаждения, движений связанных с сотрясением тела, таких как, прыжки, езда на велосипеде и т.п.
* Своевременное прохождение противовоспалительных курсов лечения при появлении признаков инфекции желчевыводящих путей.

**ПИТАНИЕ БОЛЬНЫХ**

***Каковы, основные составные части пищевых продуктов?***

Правильное полноценное питание зависит от качественного состава пищи, ее массы и объема, кулинарной обработки и режима приема.

Пищевые продукты состоят из белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных элементов и воды.

***Какова энергетическая ценность жиров, белков и углеводов?***

При окислении белков, жиров и углеводов выделяется тепло, измеряемое калориями: 1 г белка и 1 г углеводов выделяют по 4,1 килокалории (ккал), 1 г жира — 9,3 ккал. Для подсчета калорийности пищи существуют специальные таблицы с указанием количества белков, жиров, углеводов и калорий в 100 г продукта.

***В чем заключаются особенности калорийности пищевого рациона у разных групп больных?***

Калорийность суточного рациона определяется с учетом нормы массы тела, возраста, выполняемой работы, характера заболевания, предписанного режима. Например, взрослому при сидячей работе требуется 40—50 ккал на 1 кг массы тела, при тяжелом физическом труде — 70—100 ккал, пожилому малоподвижному человеку достаточно 30—35 ккал на 1 кг массы тела.

При избыточной массе тела калорийность снижают, при недостаточной — повышают.

***Каково значение белков для организма человека?***

Белки являются необходимой составной частью рациона. Организм особенно нуждается в них при истощении вследствие голодания, при хронических гнойных инфекциях, туберкулезе, анемиях и др. Наибольшее количество белка содержится в мясе, рыбе, твороге, яйцах. Среди растительных продуктов белковосодержащими являются фасоль, бобы, горох, орехи.

Суточная потребность в белках составляет в среднем 80—100 г (из них 50 г — животные белки), а при физической нагрузке — до 160 г.

***Каково значение жиров для организма человека?***

Жиры при окислении и сгорании дают большую энергетическую отдачу, используемую для компенсации затрат организма, частично жиры откладываются в жировых депо. Вместе с жирами организм получает жирорастворимые витамины (A, D, Е, К). В пищевой рацион входят животные жиры (говяжий, бараний, свиной, рыбий и др.) и растительные жиры (в подсолнечном, кукурузном, оливковом и других маслах, грецких орехах и др.).

Суточная потребность в жирах составляет в среднем 80—100 г (из них 20—25 г — растительные).

***Каково значение углеводов для организма человека?***

Углеводы являются основным источником обеспечения энергетических затрат организма. Они содержатся в сахаре и крахмале. Помимо этого, к углеводам относятся неперевариваемые полисахариды (клетчатка, ге-мицеллюлоза, пектины), которые не усваиваются, но регулируют перистальтику кишечника, желчевыделение. Неперевариваемые полисахариды содержатся в овощах, фруктах, черном хлебе. Важнейшими пищевыми источниками крахмала служат мука и мучные изделия, крупы, картофель.

Сахар содержится во фруктах, ягодах, овощах, добавляется в кондитерские изделия, компоты, кисели, варенья, джемы, мороженое, сладкие фруктовые напитки и т. д. Суточная потребность в углеводах 400—500 г, в том числе 400—450 г крахмала и 50—100 г сахара.

**ВИТАМИНЫ**

***Каково значение витаминов для организма человека?***

Витамины — это такие вещества, которые не поставляют организму энергии, но необходимы в минимальных количествах для поддержания жизни. Они незаменимы, так как не синтезируются или почти не синтезируются клетками человеческого организма. Витамины входят в состав биологических катализаторов — ферментов или гормонов, являющихся мощными регуляторами обменных процессов в организме.

***На какие группы принято подразделять витамины?***

На основании физико-химических свойств и характера их распространения в природных продуктах витамины принято делить на водорастворимые и жирорастворимые. К первой группе принадлежит витамин С (аскорбиновая кислота) и витамины группы В, РР (фолиевая и пантотеновая кислоты, пиридоксин и др.). Ко второй группе относятся витамины A, D, E и К.

***Что представляют собой гипо- и авитаминозы?***

Длительное отсутствие витаминов в питании приводит к авитаминозам. Но чаще встречаются гиповитами-нозы, развитие которых связано с недостатком витаминов в пище, гиповитаминозы чаще наблюдаются в зимне-весенние месяцы.

Большинство гиповитаминозов характеризуется общими признаками: повышается утомляемость, наблюдается слабость, апатия, снижаются работоспособность, сопротивляемость организма. Для каждого витамина известны и специфические признаки его недостаточности.

***В каких продуктах содержится витамин* В *и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин В1 (тиамин) содержится в основном в зерновых продуктах, отрубях. Им богаты хлеб из муки грубого помола, крупы (гречневая, овсяная, пшенная), горох, фасоль, соя, пивные дрожжи, печень, свинина, телятина. Суточная потребность взрослого человека в тиамине 2—2,5 мг.

***В каких продуктах содержится витамин В2 и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин В2 (рибофлавин): важнейшие пищевые источники — молоко и молочные продукты, мясо, рыба, яйца, печень, крупы (гречневая и овсяная), хлеб. Суточная потребность 2,5—3 мг.

***В каких продуктах содержится витамин РР и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин РР (никотиновая кислота) содержится в крупах, хлебе грубого помола, бобовых, печени, почках, сердце, мясе, рыбе, некоторых овощах, дрожжах, сушеных грибах. Суточная потребность 20—25 мг.

***В каких продуктах содержится витамин В6 и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин Be — пиридоксаль, пиридоксин, пиридокса-мин. Основные продукты, содержащие витамин В6 — мясо, печень, кета, фасоль, крупы (гречневая, пшено), пшеничная мука, дрожжи. Суточная потребность 2—3 мг.

***В каких продуктах содержится витамин В12 и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин В12 (цианокобаламин) содержится в продуктах животного происхождения (печень, мясо, некоторые сорта рыбы,сыр, творог и др.). Потребность в витамине В12 15—20мкгвсутки.

***В каких продуктах содержится фолиевая кислота, и какова суточная потребность в ней организма человека?***

Фолиевая кислота содержится в муке грубого помола и хлебобулочных изделиях из этой муки, крупах (гречневой, овсяной, пшене), фасоли, цветной капусте, грибах, печени, твороге, сыре, икре. При тепловой обработке теряется 80—90 % исходного содержания витамина в продукте. Суточная потребность 50 мкг.

***В каких продуктах содержится витамин С и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин С (аскорбиновая кислота) содержится в основном в плодах и овощах (шиповник, черная смородина, облепиха, сладкий перец, укроп, петрушка, цветная и белокочанная капуста, апельсины, клубника, рябина, яблоки, черешня, щавель, шпинат, картофель и др.). Суточная потребность 70—120 мг.

***В каких продуктах содержится витамин А и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Важнейшие пищевые источники — печень животных и рыб, сливочное масло, сливки, сыр, яичный желток, рыбий жир. В моркови, сладком перце, зеленом луке, петрушке, щавеле, шпинате, шиповнике, облепихе, абрикосах содержится провитамин А (b-каротин). Суточная потребность в витамине А — 1,5 мг.

***В каких продуктах содержится витамин D и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин D содержится в рыбьем жире, икре, кете, куриных яйцах и в меньшей степени в сливках, сметане. Суточная потребность у детей 2,5—10 мг. Потребность взрослых в витамине D точно не установлена.

***В каких продуктах содержится витамин Е и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамин Е (токоферол). Основные пищевые источники — растительные масла (в основном нерафинированные), печень, яйца, злаковые и бобовые. Суточная потребность 29—30 мг смеси природных токоферолов.

***В каких продуктах содержится витамин К и какова суточная потребность в нем организма человека?***

Витамином К особенно богаты белокочанная и цветная капуста, шпинат, тыква, томаты, свиная печень. Кроме того, он содержится в свекле, картофеле, моркови, злаковых, бобовых. Суточная потребность 0,2— 0,3 мг.

**ВОДА И МИНЕРАЛЬНЫЕ ВЕЩЕСТВА**

***Какова суточная потребность человека в воде?***

Вода составляет 2/3 массы тела человека и входит в состав всех органов и тканей. За сутки человек получает в среднем 2,5 л воды, из них 1,5 л в виде жидкости и 1 л — из плотных пищевых продуктов.

***Для чего необходимы минеральные вещества?***

Минеральные вещества необходимы для клеточной жизнедеятельности и метаболизма. Важнейшие пищевые источники — молоко, творог, сыр, яйца, печень, рыба, бобовые, гречневая крупа.

***Какие продукты являются источником хлорида натрия и какова его суточная потребность?***

Натрия хлорид требуется организму в количестве 10—15 г в сутки. Содержится в хлебе, сыре, сливочном масле, яйцах, пшене, моркови, свекле и других продуктах. В жаркую погоду, при усиленной работе, спортивных нагрузках суточная потребность возрастает до 20 г. Избыточное количество натрия хлорида способствует задержке жидкости в организме и возникновению отечности.

***Какие продукты являются источником солей калия?***

Соли калия содержатся в кураге, изюме, кожуре молодого картофеля, рыбе, отрубях, бобовых.

***Какие продукты являются источником солей кальция?***

Соли кальция организм получает из молока, творога, сметаны, зернобобовых (горох, фасоль, бобы).

***Какие продукты являются источником фосфора?***

Фосфор содержится в молочных продуктах, мясе, рыбе, зернобобовых. Недостатка фосфора в организме практически не встречается.

***Как удовлетворяется потребность организма в магнии?***

Потребность организма в магнии обеспечивается с помощью растительных продуктов.

***Как удовлетворяется потребность организма в железе?***

Железо в наибольшем количестве содержится в печени, кровяных колбасах, мясе, зернобобовых, гречневой крупе, пшене и др. Суточная потребность в железе у мужчин 10 мг, у женщин — 12—15 мг.

**РЕЖИМ ПИТАНИЯ**

***Сколько раз в день получают пищу в больничном стационаре?***

В лечебных учреждениях установлен 4-разовый режим питания. Для больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и некоторыми болезнями сердечно-сосудистой системы предусмотрено 5—6-разовое питание.

***Как распределяется калорийность суточного рациона?***

Калорийность суточного рациона распределяется довольно равномерно. На вечернее время не должно приходиться более 25-—30 % суточной калорийности.

***Проблема внутрибольничной инфекции в стационаре.***

Сестринский персонал должен знать о проблеме внутрибольничных инфекций, их влияния на течение заболевания, смертность.

Наиболее восприимчивыми к внутрибольничной инфекции являются пациенты хирургических отделений. Наибольший риск развития внутрибольничной инфекции наблюдается у пациента, страдающего тяжелым хроническим заболеванием, длительно находящегося в стационаре и имеющего самый прямой контакт с разными сотрудниками лечебного учреждения.

Не редко встречаются постинъекционные осложнения – инфильтрат и абсцесс. Причем причиной абсцессов являются:

1 загрязненные (инфицированные) руками сестринского персонала шприцы и иглы.

2 загрязненные (инфицированные) лекарственные растворы (инфицирование происходит при введении иглы через загрязненную пробку флакона).

3 нарушение правил обработки рук персонала и кожи пациента в области места инъекции.

4 недостаточная длина иглы для внутримышечной инъекции.

 В связи с тем, что руки персонала очень часто являются переносчиком инфекции, очень важно уметь мыть руки и относиться к этому с должной ответственностью.

 Пациентов с хирургическими заболеваниями беспокоят боль, стресс, диспептические нарушения, расстройства функций кишечника, суженные способности к самообслуживанию и недостаток общения. Постоянное присутствие рядом с больным медсестры приводит к тому, что медсестра становится основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Медсестра видит, что приходится испытывать пациентам и их семьям, и вносит в уход за больными сочувственное понимание.

 Главная задача медсестры заключается в том, чтобы облегчить боль и страдания пациента, помочь в выздоровлении, в восстановлении нормальной жизнедеятельности.

 Способность к выполнению основных элементов самообслуживания у пациента с хирургической патологией сильно ограничена. Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания становится первым 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. Сестринский процесс позволяет грамотно, квалифицированно и профессионально решить как настоящие, так и потенциальные проблемы пациента, связанные с его здоровьем.

 Компонентами сестринского процесса является сестринское обследование, постановка сестринского диагноза (определение потребностей и выявление проблем), планирование помощи, направленной на удовлетворение выявленных потребностей и решение проблем), выполнение плана сестринских вмешательств и оценка полученных результатов.

 Цель обследования пациента заключается в том, чтобы собрать, оценить и обобщить полученную информацию. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Источником информации становится в первую очередь сам пациент, который излагает собственные предположения о состоянии своего здоровья. Источниками информации могут быть также члены семьи больного, его коллеги, друзья.

 Как только медсестра приступила к анализу полученных в ходе обследования данных, начинается следующий этап сестринского процесса – постановка сестринского диагноза Швыявление проблем пациента).

 В отличие от врачебного сестринский диагноз нацелен на выявление реакций организма на заболевание (боль, гипертермия, слабость, беспокойство и т.п.). Сестринский диагноз может изменяться ежедневно и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь. Сестринский диагноз предполагает сестринское лечение в пределах компетенции медсестры.

 Например, под наблюдением находится 36 летний пациент с язвенной болезнью желудка. В данное время его беспокоят боль, стрессовое состояние, тошнота, слабость, плохой аппетит и сон, дефицит общения. Потенциальные проблемы – те, которые еще не существуют, но могут появиться с течением времени. У нашего пациента, который находится на строгом постельном режиме, потенциальными проблемами являются раздражительность, похудание, снижение тонуса мышц, нерегулярное опорожнение кишечника (запоры).

 Для успешного разрешения проблем пациента медсестре необходимо их разделить на существующие и потенциальные.

 Из существующих проблем первое, на что должна обратить внимание медсестра, это болевой синдром и стресс – первичные проблемы. Тошнота, снижение аппетита, плохой сон, дефицит общения – вторичные проблемы.

 Из потенциальных проблем первичными, т.е. теми, на которые надо обратить внимание в первую очередь, является вероятность похудания и нерегулярное опорожнение кишечника. Вторичные проблемы – раздражительность, снижение тонуса мышц.

 По каждой проблеме медсестра помечает себе план действий.

1. Решение существующих проблем: ввести обезболивающее средство, дать антацидные препараты, снять стрессовое состояние с помощью беседы, седативных средств, научить пациента максимально себя обслуживать, т.е. помочь ему адаптироваться к состоянию, чаще разговаривать с пациентом.
2. Решение потенциальных проблем: установить щадящую диету, проводить регулярное опорожнение кишечника, заниматься с пациентом лечебной физкультурой, проводить массаж мышц спины и конечностей, обучить членов семьи уходу за больными.

 Потребность пациента в помощи может быть временной или постоянной. Возможно возникновение потребности в реабилитации. Временная помощь рассчитана на короткое время, когда существует ограничение самообслуживания при обострениях заболеваний, после хирургических вмешательств и т.д. Постоянная помощь требуется пациенту на протяжении всей жизни – после реконструктивных оперативных вмешательств на пищеводе, желудке и кишечнике и т.д.

 Важную роль в уходе за пациентами с хирургическими заболеваниями играют беседа и совет, который может дать медсестра в определенной ситуации. Эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка помогает больному подготовиться к настоящим или к предстоящим изменениям, возникающим из-за стресса, который всегда присутствует при обострении заболевания. Итак, сестринский уход нужен для того, чтобы помогать пациенту решать возникающие проблемы со здоровьем, не допускать ухудшения состояния и возникновения новых проблем со здоровьем.

# III Заключение

Внедрение сестринского процесса:

* способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов. Приоритетными проблемами являются проблемы безопасности (операционной, инфекционной, психологической); проблемы связанные с болью, временным или стойким нарушением функций органов и систем; проблемы связанные с сохранением достоинства, так как ни в полной другой области медицины пациент не оказывается столь беззащитным, как в хирургическом отделении во время операции.
* определяет план действий медсестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей желудочно-кишечной патологии.
* .
* гарантирует качество оказания помощи, которое можно контролировать. Именно в хирургии наиболее значимо применение стандартов вмешательства.

# IV Список использованной литературы

1. С. А. Мухина, И. И. Тарковская «Теоретические основы сестринского дела» часть I – II 1996г., Москва.
2. Стандарты практической деятельности медсестры России том I – II
3. С. И. Двойникоова, Л. А. Карасева «Организация сестринского процесса» Мед. Помощь 1996 №3 С. 17-19.
4. Иванова Л. Ф. с соавторами «Сестринский процесс в геронтологии и гериатрии» г. Чебоксары 1996−1999гг.