

**Тема: Потребности пациента в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях.**

Цели:

1. Первичная оценка потребностей в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях.
2. Особенности потребностей в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях.
3. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребностей в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях
4. Потребности в движении, в сне, в труде, отдыхе.
5. Потребности в безопасности, в уважении, общении, самовыражении, потребности в одобрении, понимание, любви, семье, друзьях.

**Уважаемый студент, делаем краткий конспект в тетрадях!**

**СХЕМЫ ФИКСИРУЕМ В ТЕТРАДЯХ ОБЯЗАТЕЛЬНО!**

*Конспекты лекций мне присылать не нужно, они будут проверены, когда мы встретимся в колледже на очных занятиях.*

**1. Первичная оценка и особенности потребностей в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях.**

**Понятие о потребности в поддержании нормальной температуры тела**

У здорового человека температура тела в норме в течение суток колеблется в очень небольших пределах и не превышает  $37^{\circ}\text{C}$ .

Это обеспечивается путем сложной регуляции теплопродукции и теплоотдачи. Процесс теплопродукции, как процесс образования тепла, происходит в клетках и тканях организма за счет окисления углеводов, жиров и отчасти белков, в первую очередь в клетках скелетных мышц и печени. Теплоотдача же происходит в результате излучения с поверхности тела около 80 % тепла, с потом и выдыхаемым воздухом испаряется около 18 – 20 % тепла и незначительное количество теряется с мочой и калом.

Известны физиологические колебания температуры в течение дня: разница между утренней и вечерней температурой составляет в среднем  $0,3^{\circ} - 0,5^{\circ}\text{C}$ .

У людей пожилого и старческого возраста температура тела несколько ниже, чем у молодого и среднего возраста. У детей, у которых обменные реакции протекают более интенсивно, а механизмы терморегуляции еще несовершенны, отмечается неустойчивость температуры тела с большими колебаниями в течение дня. У новорожденных в подмышечной впадине температура  $37,2^{\circ}\text{C}$ .

В норме температура тела несколько повышается после приема пищи, выполнения физической нагрузки, выраженном эмоциональном состоянии, у женщин в период беременности, менструальном периоде.

У здоровых людей в норме температура тела колеблется в зависимости от физиологического состояния в пределах  $0,5^{\circ}\text{C}$ . Базальная температура на слизистой оболочке выше кожной на  $0,5^{\circ} - 0,8^{\circ}\text{C}$ .

Температура тела в подмышечной области в норме  $36^{\circ} - 37^{\circ}$  градусов.

Исходя из вышесказанного, температуру тела принято измерять два раза в день:

- утром после сна и натощак (с  $7^{00}$  до  $9^{00}$  часов);
- вечером после дневного отдыха и перед ужином (с  $17^{00}$  до  $19^{00}$  часов).

В отдельных случаях (по назначению врача), температуру тела измеряют через каждые три часа – что называется **измерением профиля температуры**.

Если температуру необходимо измерять чаще, то врач указывает необходимый интервал времени при назначении профиля температуры.

Результаты измерения температуры переносят из постового температурного листа в **Индивидуальный температурный лист**.

**Факторы, влияющие на поддержание нормальной температуры тела:**

- интенсивная физическая нагрузка;

- гормональный фон (при гиперфункции щитовидной железы, сопровождающейся повышением уровня тироксина и ускорением метаболизма, наблюдается повышение температуры тела, гипофункция щитовидной железы сопровождается снижением температуры тела);

- кофеин, курение (никотин) вызывают повышение температуры тела. Алкоголь снижает температуру тела за счёт увеличения теплоотдачи;

- приём пищи (особенно белки);

- время суток: 17 – 20 час – максимальная температура, 2 – 6 часов утра – минимальная;

- стресс, возбуждение, беспокойство, гнев способствуют повышению температуры тела, а апатия и депрессия сопровождаются её понижением;

- заболевания – повышают температуру: инфекции, злокачественные новообразования, кровоизлияние в мозг.

Повышение температуры тела выше нормы ( $37^{\circ}\text{C}$ ) – гипертермия (лихорадка).

Понижение температуры тела ниже нормы ( $35,5^{\circ}\text{C}$ ) – гипотермия.

### **Первичная оценка потребности в поддержании нормальной температуры тела**

При проведении первичной оценки медицинская сестра должна выяснить:

· как воспринимает пациент свою температуру тела в настоящий момент (комфортная, высокая, низкая);

· какие факторы влияют на изменение температуры тела пациента;

· что знает пациент о поведении и физиологических механизмах, влияющих на температуру тела;

· существуют ли потенциальные проблемы гипертермии, гипотермии или обморожения;

· какое значение придаёт человек адекватному (рациональному) питанию, комфортной одежде для поддержания нормальной температуры тела;

· имеются ли финансовые трудности, нарушающие возможность поддерживать нормальную температуру тела;

· как долго имеются проблемы в данной области, как пациент с ними справляется;

· есть ли проблемы в данный момент.

Объективным критерием соответствия температуры тела человека в норме является её измерение.

### **Первичная оценка дыхания.**

Для оценки возможности пациента удовлетворить потребность в нормальном дыхании (обеспечение достаточным количеством кислорода) сестра должна уметь провести как субъективное (расспрос), так и объективное (осмотр) обследование пациента.

Наиболее частыми признаками, свидетельствующими о недостаточном обеспечении организма человека кислородом, являются одышка, кашель, кровохарканье, боль в грудной клетке, тахикардия.

В зависимости от изменения глубины дыхания может увеличиваться или уменьшаться дыхательный объем, дыхание может быть поверхностным или глубоким.

**Поверхностное дыхание** часто сочетается с патологическим учащением дыхания, при котором вдох и выдох, как правило, становятся короче.

**Глубокое дыхание**, наоборот, в большинстве случаев связано с патологическим урежением дыхания (дыхание Куссмауля)

**Кашель** — это защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты и инородных тел. Кашлевой толчок — это форсированный звучный выдох. Кашель может быть сухим, без выделения мокроты, и влажным, с выделением мокроты различного количества и качества.

**Кровохарканье** — выделение крови или мокроты с кровью во время кашля.

Боли в грудной клетке возникают обычно при вовлечении в патологический процесс листков плевры.

Курение, особенно в течение продолжительного времени и большого количества сигарет, ведет к развитию хронических обструктивных заболеваний легких и раку легких. Эти заболевания приводят к ухудшению обеспечения организма достаточным количеством кислорода, т.е. нарушают потребность в нормальном дыхании.

Эта потребность может быть не удовлетворена и при неблагоприятной окружающей среде (загазованность, запыленность, табачный дым и т. д.).

Оценивая состояние пациента, необходимо обратить внимание на его положение и на цвет кожных покровов и слизистых (цианоз).

Оценивая потребность в нормальном дыхании, необходимо определить частоту, глубину и ритм дыхательных движений, а также исследовать пульс.

Поверхностное дыхание обычно наблюдается в покое, а при физическом или эмоциональном напряжении оно более глубокое.

Когда потребность в дыхании не удовлетворена вследствие какого-то острого заболевания и острой дыхательной недостаточности (ОДН), при оценке состояния пациента можно выявить ряд характерных признаков: тахипноэ (учащение дыхания) до 24 и более в мин., изменяется поведение человека: появляется беспокойство, иногда эйфория, многословие, возбуждение, человек постепенно утрачивает сознание и впадает в кому.

Изменяется и цвет кожных покровов. Чаще всего развивается цианоз, но еще более опасной является серая бледность, так называемый «землистый цвет холодной, покрытой липким потом кожи».

Острая дыхательная недостаточность сопровождается учащением пульса (тахикардия), иногда пульс становится частым и аритмичным (тахиаритмия) или редким (брадикардия). Артериальное давление вначале повышается (гипертензия), затем понижается (гипотензия).

## 2. Особенности потребности в нормальном дыхании в разных возрастных группах.

Дыхание — физиологическая функция, обеспечивающая газообмен между окружающей средой и организмом в соответствии с его метаболическими потребностями.

Дыхание — неосознанное действие, которое здоровые люди замечают только при значительных физических усилиях.

В норме дыхательные движения ритмичны. Частота дыхательных движений у взрослого здорового человека в покое составляет 16-20 в минуту. Дыхание новорожденного частое и поверхностное, при этом его частота подвержена значительным колебаниям: 48–63 дыхательных цикла в минуту во время сна. Частота дыхательных движений в минуту во время бодрствования составляет: 50–60 – у детей первого года жизни; 35–40 – у детей 1–2 лет; 25–35 – у детей 2–4 лет; 23–26 – у детей 4–6 лет. У детей школьного возраста происходит дальнейшее урежение дыхания – до 18–20 раз в минуту. У спортсменов ЧДД может быть 6-8 в минуту.

Удовлетворение потребности дышать обеспечивает организм человека кислородом, необходимым для его нормальной жизнедеятельности. Различают внешнее и внутреннее дыхание.

**Внешнее дыхание** - это доставка кислорода в кровь, внутреннее дыхание - перенос кислорода из крови к органам и тканям организма.

### Внешнее дыхание.

В легких, имеющих богатое кровоснабжение, постоянно происходит газообмен, в результате чего кровь насыщается кислородом и освобождается от углекислого газа. В альвеолы легких кислород поступает через дыхательные пути при дыхании. Частота, глубина и ритм дыхания регулируются дыхательным центром, расположенным в головном мозге. Повышение содержания углекислого газа в крови вызывает возбуждение дыхательного центра, приводящее к увеличению вентиляции легких (то есть, увеличению частоты, глубины и ритма дыхательных движений), а понижение - угнетает деятельность дыхательного центра, то есть приводит к уменьшению вентиляции легкого (уменьшению частоты, глубины и ритма дыхательных движений).

В физиологических условиях дыхательные движения грудной клетки совершаются за счет сокращения главных дыхательных, межреберных мышц, диафрагмы и мышц брюшной стенки. Дыхание состоит из фаз вдоха и выдоха, которые осуществляются в определенном постоянном ритме - 16-20 в минуту. Ритм дыхательных движений - это дыхательные движения через определенные промежутки времени. Если эти промежутки одинаковые - дыхание ритмичное, если нет - аритмичное. При ряде заболеваний дыхание может быть поверхностным или наоборот очень глубоким. Частота дыхания зависит и от положения тела: лежа - 14-16 в минуту, в вертикальном положении - 18-20. Изменяется частота дыхания в зависимости от режима физической активности: 12-14 в минуту во время сна, учащение при

физической нагрузке. По продолжительности соотношение вдоха и выдоха равно 1:3.

### **Типы дыхания:**

1) **Грудной тип** - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения межреберных мышц. При этом грудная клетка во время вдоха расширяется и слегка приподнимается, а во время выдоха сужается и незначительно опускается. Такой тип дыхания характерен для женщин.

2) **Брюшной тип** - дыхательные движения осуществляются в основном за счет сокращения мышц диафрагмы и мышц брюшной стенки. Движение мышц диафрагмы повышает внутрибрюшное давление и при вдохе брюшная стенка смещается вперед. При выдохе диафрагма расслабляется и поднимается, что смещает брюшную стенку назад. Этот тип дыхания еще называют диафрагменным. Он встречается преимущественно у мужчин.

3) **Смешанный тип** - дыхательные движения совершаются одновременно при помощи сокращения межреберных мышц и диафрагмы. Такой тип чаще всего встречается у спортсменов.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может появиться одышка, то есть, нарушение ритма, глубины или частоты дыхательных движений.

### **Одышка**

В зависимости от затруднения той или иной фазы дыхания различают три вида одышки:

1) Инспираторная - затруднен вдох.

Это бывает, например, при попадании в дыхательные пути инородного тела или любого механического препятствия.

2) Экспираторная - затруднен выдох.

Такой тип одышки характерен для бронхиальной астмы, когда происходит спазм бронхов и бронхиол.

3) Смешанный - затруднен и вдох, и выдох. Такой тип одышки характерен для заболеваний сердца.

**Удушье** - резко выраженная одышка, заставляющая пациента занимать вынужденное сидячее положение.

Кроме описанных выше видов патологической одышки различают физиологическую одышку, возникающую при значительной физической нагрузке.

При нарушении удовлетворения потребности дышать может изменяться частота дыхательных движений. Если, такое дыхание называют тахипноэ - частота дыхательных движений больше 20, брадипноэ - частота дыхательных движений меньше 16-18.

### **Внутреннее дыхание.**

Сердечно-сосудистая система обеспечивает доставку крови к органам и тканям путем поддержания определенного давления и скорости кровотока в сосудистом русле. Критериями обеспечения внутреннего дыхания являются показатели пульса, артериального давления, а также цвет кожных покровов и слизистых.

## **Особенности потребности в адекватном питании и питье в разных возрастных группах.**

Питание детей и подростков отличается ориентировкой на повышение у них основного обмена в 1,2 – 2 раза по сравнению с взрослыми. Суточная потребность в энергии составляет в возрасте от 1 года до 2 лет 100 – 90 ккал/кг; от 2 до 5 лет – 90 – 80 ккал/кг; от 6 до 9 – 80 – 70 ккал/кг. Начиная с 10-летнего возраста, энерготраты мальчиков и девочек различаются (у мальчиков они выше), уменьшаясь с возрастом.

Дошкольники должны есть каждые 3 – 4 часа, то есть не менее 5 раз в день. В питании детей 3 – 7 лет должны быть молоко и молочные продукты (до 500 г), нежирные мясные и рыбные блюда, разнообразные сорта хлеба и хлебобулочных изделий, перловая и пшённая каши, овощи и фрукты.

В питании детей школьного возраста используется мясо с небольшим количеством жира и рыба (морская рыба, рыбное филе). Молоко и молочные продукты должны обеспечивать около 60 – 80 % суточной потребности в кальции. Овощи и фрукты целесообразно давать в сыром виде. Школьникам рекомендуется 4-х разовое питание

Питание пожилых людей. Правильно организованное питание является важным средством воздействия на процессы старения, поскольку в пожилом возрасте снижаются обменные процессы. В старости возникает энергетический дисбаланс, сопровождающийся ожирением, снижением двигательной активности и замедлением нейрогуморальной регуляции гомеостаза, а также нарушением липидного обмена, в частности холестерина. Тучность предрасполагает к атеросклерозу, сахарному диабету и другим заболеваниям. Людям пожилого возраста показано разумное ограничение энергетической ценности рациона, прежде всего за счёт углеводов – сахара и кондитерских изделий, и жиров животного происхождения.

## **Первичная оценка и особенности потребностей физиологических отправлениях**

Мочеиспускание и дефекация требуют интимных условий и деликатного обращения с больным. Необходимо помнить, что лежачий больной зависит от постороннего человека. При возникновении желания помочиться или совершить дефекацию тяжелобольные люди не могут самостоятельно отправиться в туалет, а вынуждены прибегать к помощи медсестры. Не удержанные моча и кал, попавшие на нательное или постельное белье больного, не только способствуют образованию пролежней, но и вызывают резкое ухудшение психического состояния больного, приводя к депрессии.

**Наблюдение за удовлетворением потребности выделять.**

**Отеки** - накопление жидкости в тканях или полостях организма.

Отеки бывают скрытыми (не видимые при внешнем осмотре) и явными.

Явные отеки определяют по изменению рельефа определенных частей тела. Например, нога в области голеностопного сустава и стопы имеет определенный рельеф (изгибы, костные выступы).

При наличии отеков эти выступы и изгибы исчезают (сглаживаются). Определить явные отеки можно так же путем надавливания на кожу и подкожно жировую клетчатку пальцем в месте, где они близко соприкасаются с костью, например, передняя поверхность голени в средней ее трети. При наличии отеков на этом месте образуется отчетливая ямка, которая длительное время не исчезает. Кожа в области отека становится сухой, гладкой, бледной, шелушащейся, мало чувствительной к теплу. На коже отпечатываются складки белья. Защитные свойства кожи при отеках понижаются. В связи с этим медсестра должна быть очень внимательна при уходе за пациентами.

Появлению явных отеков предшествует скрытый период задержки жидкости (скрытые отеки), который проявляется уменьшением количества выделяемой мочи и нарастанием массы тела.

#### **Скрытые отеки определяются следующим образом:**

1) Проводят контрольное взвешивание пациента. Под контрольным взвешиванием понимают ежедневное взвешивание пациента на одних и тех же весах, в одно и то же время (утром натощак) в одной и той же одежде и при опорожненном мочевом пузыре и кишечнике. Если вес нарастает, это говорит о наличии скрытых отеков.

2) Измерение водного баланса пациента. Под водным балансом понимают соотношение количества выпитой за сутки и количества выделенной жидкости. В норме за сутки должно потребляться 1,5-2 литра воды, а выделяться 70-80% выпитого.

#### **Определение водного баланса:**

а) Определение количества выделенной жидкости - суточный диурез: определяется в течение суток. Например, в 6 часов утра пациент мочится в унитаз, а затем в течение 24 часов, то есть до 6 часов утра следующего дня, собирает мочу в трехлитровую банку. Затем измеряется количество выделенной мочи.

Отеки могут появиться не только в тканях, но и полостях. Скопление жидкости в определенной полости имеет свое название:

- в брюшной полости - асцит;
- в грудной полости - гидроторакс;
- обширные отеки всего тела - анасарка.

#### **Наблюдение за физиологическими отправлениями.**

В норме у человека стул ежедневно в одно и то же время.

Характер стула: стул оформленный (колбасовидной формы), от светлого до темно-коричневого цвета, без патологических примесей (слизь, кровь, гной).



Мочеиспускание несколько раз в день (в зависимости от выпитой жидкости) безболезненное, моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, с нерезким запахом.

### **3. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребностей в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях**

#### **Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Информация, полученная после измерения температуры тела, при наблюдении, из беседы с пациентом или его родственниками, позволяет выявить действительные или потенциальные проблемы терморегуляции.

Проблемы появляются, если есть риск повышения или понижения температуры. Их возникновение может быть вызвано зависимостью в поддержании нормальной температуры тела либо изменением окружающей среды и привычного образа жизни. Пациент в этих ситуациях зависит от медсестры (в лечебном учреждении) или от близких (в домашних условиях).

#### **Повышение температуры тела (лихорадка) имеет три периода.**

***I период лихорадки.*** Температура повышается до 37,5° С, сопровождается ощущением озноба, больной «сворачивается калачиком», что уменьшает потерю тепла. Несмотря на то, что начало у лихорадки внезапное, иногда человек ощущает её предвестники: головную боль, снижение аппетита, сонливость, усталость.

Проблемами пациента в I периоде лихорадки могут стать, например, невозможность самостоятельно укрыться, обеспечить себя тёплыми напитками.

***II период лихорадки.*** Температура стабилизируется на высоком уровне. Больной ощущает дискомфорт, ему жарко, начинается потоотделение. Человек снимает одежду, сбрасывает одеяло и лежит, почти не двигаясь. Вследствие потоотделения возникает жажда, может быстро развиваться обезвоживание. Длительное снижение аппетита в этом периоде приводит к потере массы тела, сонливости, слабости (потенциальные проблемы). Человек становится раздражительным, беспокойным, мечется в кровати, жалуется на головную боль, светобоязнь. Сонливость может привести к дезориентации во времени: больному кажется, что время идёт слишком медленно. В этом периоде лихорадки могут быть галлюцинации и бред.

Проблемами пациента во II периоде лихорадки могут стать нежелание использовать более лёгкое одеяло или одежду, отсутствие аппетита, незнание принципов адекватного питания при лихорадке, невозможность самостоятельно сменить бельё (нательное, постельное), риск травмы в связи с бредом (галлюцинациями), риск обезвоживания.

**III период лихорадки.** Температура снижается (по критическому или литическому варианту).

Проблемами пациента в III периоде (при литическом снижении температуры тела) могут стать неадекватное питание, неадекватная физическая нагрузка. При критическом падении температуры тела проблемами пациента могут быть высокий риск травмы, невозможность самостоятельно сменить нательное (постельное) бельё, обеспечить себя достаточным количеством жидкости.

### **Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Сестринский уход направлен на осуществление следующих задач:

- предупреждение дальнейшего повышения температуры тела;
- снижение температуры до нормальной (в рамках сестринской компетенции);
- предупреждение травматизма;
- облегчение состояния дискомфорта;
- восстановление независимости в самообслуживании;
- предупреждение снижения массы тела.

### **Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Сестринские вмешательства должны быть основаны на знании механизмов теплоотдачи и теплообразования.

В I периоде, сопровождающемся спазмом сосудов кожи и ощущением холода, сестринские вмешательства направлены на согревание пациента (одежда, одеяло, горячие напитки).

Помимо решения действительных и потенциальных проблем конкретного пациента, медицинская сестра выполняет общепринятые процедуры, облегчающие самочувствие пациента при лихорадке.

Во II периоде, сопровождающемся увеличением теплопродукции, сестринские вмешательства способствуют увеличению возможностей теплоотдачи. Это достигается увеличением пути излучения (раздевание человека, замена одеяла лёгкой простынёй), созданием возможностей конвекции (применение вентилятора, увеличивающего скорость движения воздуха в непосредственной близости от тела человека), увеличением путей проведения (обтирание кожи губкой, обёртывание во влажную простыню, прикладывание пузыря со льдом к голове). Приём тёплой ванны также способствует снижению температуры тела (холодная вода может вызвать сильную дрожь и повышение температуры тела). Учитывая, что теплопродукция возрастает при физической активности, при гипертермии пациенту рекомендуется расслабиться и больше спать.

Сестринская помощь необходима также при выполнении процедур личной гигиены, одевании и раздевании. Особое внимание надо уделять уходу за складками кожи и наружными половыми органами.

Для предупреждения обезвоживания и дискомфорта, связанного с сухостью рта, рекомендуется частое питьё, полоскание рта и обязательная чистка зубов (не менее 2 раз в сутки).

Если II период лихорадки длится более 2 дней, нужно убедить пациента принимать пищу, несмотря на отсутствие (снижение) аппетита. В связи с тем, что при высокой температуре тела скорость метаболизма значительно повышена, голодание приведёт к потере массы тела. Питание должно быть сбалансированным.

Во II периоде (при температуре тела выше 38° С) пациенту нельзя ходить, поэтому он зависим от медицинской сестры при мочеиспускании и дефекации.

Учитывая состояние лихорадящего больного, следует к его просьбам относиться с пониманием, учитывая возможные сдвиги во времени. Медицинской сестре не следует ждать просьб, необходимо быть пунктуальной, особенно в отношении времени приёма пищи пациентом и его физиологических отпавлений.

Планируя и осуществляя уход за пожилыми и неподвижными пациентами, надо помнить, что они часто мёрзнут, поэтому при необходимости их нужно укрыть дополнительно, особенно ночью.

### **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в поддержании нормальной температуры тела**

Уход считают успешным, если выполнены следующие условия:

- потенциальные проблемы не превратились в действительные;
- восстановилась независимость в самообслуживании;
- температура тела снизилась до нормальной;
- родственники пациента знают, как обеспечить ему комфортную среду;
- родственники пациента знают, как осуществить за ним уход;
- человек знает, как себя вести для поддержания нормальной температуры тела.

Таким образом, измерение и наблюдение за температурой тела является повседневной и важной обязанностью медицинской сестры, так как изменения и колебания температуры тела, в особенности повышение ее, говорят о начале заболевания.

В развитии лихорадочной реакции различают три стадии: подъема температуры, относительного ее постоянства на повышенном уровне и падения. Каждый период лихорадки имеет свои особенности, определенный симптомокомплекс. Медицинская сестра, наблюдая за пациентом, оценивает тяжесть его состояния, планирует мероприятия профессиональных действий и реализует их, что позволяет облегчить состояние пациента, предотвратить возможные осложнения и способствовать выздоровлению.

**Проблемы пациента связанные с нарушением функции нормального дыхания.**

- Одышка
- Удушье
- Кашель
- Кровохарканье
- Боли в грудной клетке
- Легочное кровотечение
- Лихорадка

**Причины проблем пациента:**

- Незнание, неумение пользоваться карманным ингалятором;
- Незнание или неумение занять дренажное положение;
- Затруднение отхождения мокроты;
- Страх смерти от удушья;
- Необходимость отказа от курения;
- Закупорка дыхательных путей;
- Связанные с хроническим характером заболевания.

**Возможные сестринских вмешательств при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании.**

- Применять обильное, теплое, щелочное питье;
- Выполнять простейшие физиотерапевтические процедуры;
- Обучить пациента технике выполнения ингаляций;
- Применять противокашлевые препараты;
- Проводить массаж грудной клетки;
- Соблюдать режим проветривания помещений;
- Обеспечить доступ свежего воздуха;
- Обучить пациента правилам пользования карманным ингалятором;
- Проверить и восстановить проходимость дыхательных путей;
- Очистить ротовую полость от пены и слизи.

**Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье.**

- Отрыжка, изжога, дисфагия;
- Нарушение аппетита
- Тошнота
- Рвота
- Боли в животе, желудке, прямой кишке
- Метеоризм
- Избыточная или пониженная масса тела
- Слабость
- Головокружение

## **Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в адекватном питании и питье**

- Обучить пациента и его родственников, предоставить им информацию о правилах питания, кормления;
- Организовать кормление;
- Оказать помощь во время приема пищи;
- Уложить пациента, положить холод на эпигастральную область;
- Уложить пациента на бок или на спину, повернув голову на бок, для предупреждения аспирации рвотных масс;
- Приготовить лекарственные средства для купирования боли;
- Организовать диетическое питание
- Обработать полость рта тяжелобольному после приема пищи
- Обеспечит индивидуальной посудой, стаканом, ложкой.

## **Возможные проблемы при физиологических отправлениях**

- расстройство мочеиспускания (учащение, затруднение, недержание, задержка)
- запор
- диарея
- метеоризм
- отеки
- недержание кала
- страх за свою жизнь.

В комнате, где больной вынужден совершать физиологические отправления, необходимо создать следующие условия:

- попросите всех выйти из комнаты;
- закройте дверь в комнату;
- занавесьте шторы, если комната расположена на первом этаже;
- приготовьте туалетную бумагу в достаточном количестве;
- приготовьте полотенце, мыло, тазик с водой для того, чтобы больной после процедуры смог помыть руки.

Во время проведения процедуры недопустимы шутки, улыбки, гримасы, замечания.

**Запор** - систематическая задержка стула более, чем на 48 часов, или затрудненное, или недостаточное опорожнение кишечника.

Необходима консультация врача и проведение обследования для исключения серьезных причин запора! Только после этого можно применять стандартные советы по борьбе с запорами.

Необходимо употреблять достаточное количество жидкости (не менее 1,5-2 л в сутки): воды и фруктовых соков.

В пище должны быть представлены в большом количестве овощи и фрукты.

Нежелательны в большом количестве шоколад, сдобное тесто, творог, яйца, орехи.

Желательно употребление продуктов, содержащих в большом количестве пищевую клетчатку: пищевые отруби (53-55% волокон), овощи (20-24%) и ржаной хлеб.

Нежелательны в большом количестве рафинированные (очищенные) продукты, не содержащие пищевой клетчатки - белая мука, сахар и др.

Желательно употреблять йогурты, однодневный кефир и простоквашу.

Если запоры вызваны малоподвижным или сидячим образом жизни, следует больше двигаться, заниматься спортом, делать гимнастику (упражнения, активизирующие мышцы передней брюшной стенки), приучаться к акту дефекации в определенное время дня. Рекомендуется периодически ставить очистительные клизмы из воды комнатной температуры с добавлением 1 стакана стандартного настоя ромашки, мыльных стружек из детского мыла (5-10 г) или 20 г глицерина. Хорошо помогает массаж передней стенки живота. Массаж должен выполняться плавными легкими круговыми движениями по ходу кишечника (по часовой стрелке).

**Недержание кала или потеря контроля за дефекацией** - нарушение функции прямой кишки и сфинктеров заднего прохода, проявляющееся непроизвольной дефекацией. Встречается при многих заболеваниях.

Меняйте памперсы сразу после загрязнения или установите регулярность смены памперсов в зависимости от потребности больного. При анатомических дефектах прямой кишки иногда показана хирургическая операция. В отдельных случаях, когда не помогают обычные меры, больному хирургическим путем закрывают анальное отверстие и накладывают колостому (сообщение между толстой кишкой и передней брюшной стенкой).

После операции больной испражняется в пластиковый пакет, присоединенный к передней брюшной стенке.

При невозможности удержать дефекацию при возникновении позыва рекомендуются следующие мероприятия:

- организуйте быт больного таким образом, чтобы он мог сразу после возникновения позыва на дефекацию оказаться в туалетной комнате;
- помогайте больному быстро попасть в туалетную комнату;
- если больной - лежачий, необходимо сразу откликнуться на его потребность в дефекации;
- попытайтесь установить регулярный режим дефекаций с правильным формированием кала;
- проводите по согласованию с врачом коррекцию пищевого рациона: добавление небольшого количества растительных волокон, частое питье, диета с высоким содержанием белка;
- если Вы видите, что больной сильно смущен, кратко успокойте его и эмоционально поддержите;

**Метеоризм** - патологическое газообразование в кишечнике, вызывающее резкое вздутие живота, боли и дискомфорт в животе.

Для профилактики метеоризма необходимо исключение из диеты большого газообразующих продуктов: большого количества черного хлеба, квашеной капусты, молока, кваса, виноградного сока.

При возникновении метеоризма необходимо организовать прием активированного угля в количестве нескольких таблеток в день, постановки клизмы с настоем ромашки и введение газоотводной трубки.

**Понос** - частый жидкий или водянистый стул.

До прекращения поноса следует ограничить физическую активность и больше отдыхать. Так как при поносе больному, особенно лежащему, трудно удержать позыв на дефекацию, приходите на помощь сразу, как только Вас позовут. Если больной лежачий, держите судно у кровати на расстоянии вытянутой руки больного, так чтобы он мог его легко достать рукой.

Понос возникает очень часто и при многих заболеваниях вследствие усиления кишечной перистальтики и повышения секреторной функции кишечника. Наличие крови и слизи в испражнениях может указывать на инфекционное или хирургическое заболевание. В таких случаях необходимо вызвать врача, а испражнения сохранять до прихода врача и затем направить в лабораторию для исследования.

**Диета**

До прекращения поноса рекомендуется голод.

- При поносе происходит потеря жидкости, иногда весьма значительная. Поэтому необходимо давать больному много пить - часто и небольшими порциями. Лучшими напитками в данном случае будут вода и некрепкий чай.
- После прекращения поноса разрешаются печеные яблоки, отварной рис или картофель, овощные пюре, сухари, мясо птицы, варенье, мед, обезжиренное молоко, разведенное водой.
- Нельзя употреблять алкоголь, кофе, крепкий чай, жирные, жареные и острые блюда, сырые овощи и фрукты. Желательно воздержаться от курения.
- На третьи сутки после нормализации стула в рацион больного вводят нежирное мясо и рыбу, молоко с чаем, бутерброды с маслом и т.п.

**Недержание мочи** - непроизвольное мочеиспускание, потеря контроля над процессом мочеиспускания.

Основные советы по уходу за больными с недержанием мочи:

- необходимо сохранять достаточный объем выпиваемой жидкости (1,5 - 2 л) и ни в коем случае не уменьшать количество жидкости, мотивируя это недержанием мочи, так как концентрированная моча оказывает сильное раздражающее действие на слизистые оболочки и кожу;
- при возникновении позыва на мочеиспускание необходимо помочь больному быстро добраться до туалета либо подать ему судно или утку;
- больным нужно чаще предлагать посетить туалет и предоставить для этого достаточное количество времени и обеспечить уединенность;

- выяснить обычный режим мочеиспусканий больного и предлагать свою помощь в нужное время, отводя его в туалет не реже, чем каждые 2 часа;
- необходимо проводить тренировку мышц сфинктера мочевого пузыря;
- при непроизвольном мочеиспускании нельзя выражать свое неодобрение, брезгливость или иные эмоции, смущающие и угнетающие пациента;
- мокрое белье необходимо сразу заменить на сухое;
- больного необходимо успокоить и ободрить;
- для ходячих больных с недержанием мочи можно использовать специальные мочеприемники (объемом от 500 мл для дневного использования и до 1500 мл - для ночного), которые фиксируются к бедрам и опорожняются по мере накопления в них мочи;
- для мужчин используют разные системы мочеприемников для отвода мочи, имеющие наконечники на половой член (в виде презерватива), систему трубок, отводящую мочу, и резервуар для мочи, который фиксируется либо на бедре или голени больного, либо у кровати лежащего больного;
- больные должны следить за накоплением мочи, чистотой мочеприемника, часто мыть и дезинфицировать его во избежание появления запаха мочи;
- для лежачих больных можно использовать современные впитывающие одноразовые материалы в виде трусов, анатомической формы вкладышей, впитывающих подушечек, эластичных фиксирующих штанишек и подстилок;
- у лежачих больных с недержанием мочи под простыней на матрасе должна лежать клеенка, предохраняющая его от загрязнения; если возможно, больного укладывают на специальный матрас, в средней части которого предусмотрено место для судна;
- под крестец лежачим больным подкладывают надувное резиновое судно, которое одновременно служит и подкладным кругом; половой член у мужчин можно поместить в мочеприемник - "утку", которая постоянно находится между ног;
- больных следует часто подмывать и проводить профилактику пролежней;
- после подмывания кожу в паховой области тщательно вытирают и смазывают вазелиновым или подсолнечным маслом, детским кремом и т. д.). Можно припудрить кожу тальком.
- белье меняют возможно чаще, чтобы от больного не исходил запах мочи;
- подкладное резиновое судно моют дезинфицирующим раствором, а стеклянные мочеприемники промывают раствором перманганата калия (1:5000) или осветленным раствором хлорной извести.

Не все пациенты могут свободно помочиться или опорожнить кишечник в постели. Чтобы помочь пациенту, необходимо:



1. Попросить всех, кто может, выйти из палаты, оставив пациента одного на некоторое время.
2. Отгородить пациента ширмой.
3. Подавать пациенту только теплые судно и мочеприемник.
4. Придать пациенту, если нет противопоказаний, более удобное для мочеиспускания и дефекации положение с помощью функциональной кровати или других приспособлений (сидячее или полу сидячее).
5. Для обеспечения мочеиспускания можно открыть кран с водой. Звук льющейся воды рефлексорно вызывает мочеиспускание

#### **4. Потребности в движении, в сне, в труде, отдыхе.**

##### **Потребность пациента в движении.**

Оценивая совместно с пациентом удовлетворение потребности в движении, следует определить, насколько ограничение подвижности влияет на независимость человека.

Ограничение подвижности или полная неподвижность может быть в одном или нескольких суставах, одной половине тела, обеих нижних конечностях, одной конечности (или её части). Может быть и полная неподвижность, когда отсутствуют движения всех конечностей.

Ограничения подвижности даже в течение непродолжительного времени (особенно у пожилых людей) может привести к тугоподвижности суставов.

Зависимость, возникающая при ограничении подвижности, влечёт за собой нарушение удовлетворения таких необходимых для человека видов повседневной деятельности, как употребление пищи и жидкости, физиологические отправления, общение (коммуникативная деятельность) и поддержание безопасности окружающей среды.

Об ограничении подвижности пациента свидетельствуют средства передвижения: ходунки, костыли, инвалидная коляска, протезы конечности, находящиеся рядом с пациентом.

У ослабленных пациентов, вынужденных длительно находиться в горизонтальном положении или сидеть без движения легко образуются пролежни.

• **Пролежни** – это дистрофические, язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавления, нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

##### **Механизм развития пролежней включает в себя три фактора:**

1. **Давление** – длительное (более 1-2ч) давление приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными

выступами нарушается микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим образованием пролежней.

2. **Срезающая** (сдвигающая) сила – повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи, чаще всего на фоне действия дополнительных факторов риска развития пролежней. Сдвиг тканей может происходить, если человек съезжает с подушек на постели вниз или подтягивается к её изголовью.

3. **Трение** – повреждение мягких тканей от трения возникает при перемещении пациента, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью. Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей. Трение возрастает при увлажнении. Наиболее подвержены воздействию этого фактора больные с недержанием мочи, повышенным потоотделением, носящие влажную и не впитывающую влагу нательную одежду или лежащие (сидящие) на невпитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, нерегулярно меняемые подгузники).

Пролежни могут образовываться везде, где есть костные выступы. Место образования зависит от положения пациента.

**В положении на спине** – это крестец, пятки, лопатки, затылок, локти.

**В положении сидя** – это лопатки, сидалищные бугры, пятки, подушечки пальцев.

**В положении на животе** – это ребра, колени, пальцы ног с тыльной стороны, гребни подвздошных костей.

**В положении на боку** – это лодыжки, колено область тазобедренного сустава, плечо, ухо.

Оценку факторов риска возникновения пролежней принято проводить по **шкале Ватерлоу**.

Шкала Ватерлоу разработана в 1985 г. и является инструментом сестринской оценки. Первичная оценка пролежней должна проводиться в течение первых 2 ч после поступления пациента в отделение, следующая зависит от степени риска. У неподвижных больных степень риска рекомендуют оценивать ежедневно.

Результаты оценки регистрируются в карте сестринского наблюдения за больным. Против пролежневые мероприятия начинаются немедленно в соответствии с рекомендуемым планом.

### **Потребность пациента в сне и отдыхе.**

Отдых и сон необходимы для повседневной жизнедеятельности человека.

Груз повседневных забот, дел тяготит человека, вызывая озабоченность, волнение, стрессы в течение дня. Это приводит к истощению нервной системы, а значит, к нарушению функций различных органов.

Удовлетворяя потребность в сне и отдыхе, человек преодолевает эти вредные воздействия и восстанавливает силы организма.

У людей разного возраста продолжительность и качество сна различны. В молодом возрасте люди обычно спят крепко, однако и они могут жаловаться на нарушение сна.

Продолжительность сна у пожилых людей меньше, и они чаще просыпаются.

**На качество сна оказывает влияние множество факторов:**

- биологический ритм («жаворонки», «совы»);
- пища или напитки (некоторые люди не могут уснуть голодными);
- храп (страдает сам храпящий, часто просыпаясь, так и те, кто находится рядом);
- настроение, переживания, сновидения, заботы;
- комфортность постели, одежда для сна, присутствие другого человека (людей) в помещении;
- микроклимат в помещении (свежий воздух, температура воздуха, освещение);
- высокая кровать (человек боится упасть, особенно пожилой); о шум, яркий свет;

**5. Потребности в безопасности, в уважении, общении, самовыражении, потребности в одобрении, понимание, любви, семье, друзьях.**

**Потребности в безопасности и защите.**

Включают потребности в защите от физических и психологических опасностей со стороны окружающего мира и уверенность в том, что физиологические потребности будут удовлетворены в будущем. Для большинства людей безопасность означает надежность и удобства – это кров, одежда, надежность окружающего мира.

**Роль медицинской сестры в восстановлении и поддержании независимости пациента в удовлетворении потребностей в безопасности.**

<b>Помощь пациенту в удовлетворении потребностей безопасности</b>	<b>Сестра может...</b>
1. В надежности	обучить пациента пользоваться тростью; обучить родственников пациента оказывать ему помощь при перемещении; помочь пациенту при перемещении.....

2. В защите	обучить пациента и его родственников мерам поддержания безопасности окружающей среды; чаще проверять, не нуждается ли в помощи пациент, который не может самостоятельно двигаться.....
3. В крове	убедиться, что у пациента есть кров, если ему предстоит выписаться из стационара; предпринять необходимые мероприятия о направлении пациента в дом для инвалидов и стариков, если у пациента нет жилья...
4. В одежде	помочь пациенту одеваться и раздеваться, поощрять желание пациента в самоуходе, в одевании и снятии одежды; убедиться, что пациент одет и обут соответственно погоде...
5. В помощи	обеспечить пациента средствами связи при первой необходимости.....

### **Социальные потребности**

Социальные потребности называются потребностями в причастности.

Это понятие включает:

- чувство принадлежности к чему или кому-либо;
- чувство, что тебя принимают другие;
- чувства социального взаимодействия, привязанности и поддержки.

**Это отношения людей в обществе – это семья, друзья, их общение, одобрение, привязанность, любовь и т.д.**

**Роль медицинской сестры в восстановлении и поддержании независимости пациента в удовлетворении социальных потребностей**

<b>Помощь пациенту в удовлетворении социальных потребностей</b>	<b>Сестра может...</b>
1. В одобрении	похвалить пациента, если ему удалось расширить свои возможности в самоуходе...

2. В понимании	выбрать правильный метод общения с пациентом; слушать пациента, проявляя искренний интерес к его проблемам .....
3. В привязанности	объяснять родственникам пациента, чтобы чаще его навещали; дать почувствовать пациенту, что он для вас важен.....
4. В любви	объяснять родственникам пациента, чтобы они чаще проявляли знаки любви по отношению к нему; дать понять пациенту, что родственники ждут его выздоровления и желают в этом участвовать.....
5. В семье и друзьях	помочь пациенту позвонить домой или друзьям.....

### **Потребность в самоуважении и уважении**

Данная потребность включает потребности в самоуважении, личных достижений, компетентности, уважении со стороны окружающих, признании заслуг.

В своей жизни каждый человек ориентируется на определенные идеалы (ценности). Ценности формируются в человеке под воздействием его социокультурного окружения, образования, личного опыта человека.

### **Роль медицинской сестры в восстановлении и поддержании независимости пациента в удовлетворении потребности в уважении и самоуважении**

Помощь пациенту в удовлетворении потребности в самоуважении и уважении	Сестра может...
1. В поощрении	поощрить пациента обняв его, пожав ему руку или по другому, если это возможно.....
2. В уважении	обращаться к пациенту по имени и отчеству, если он этого хочет; дать понять пациенту, что все что он говорит, важно....
3. В самоуважении	помочь пациенту сделать что-то для того, чтобы он мог испытать чувство самоуважения; помочь

	пациенту осознать важность выполнения той манипуляции, которая составляла для пациента трудность, но была им выполнена.....
4. В успехе	помочь пациенту поделиться своим успехом с другими; похвалить его при успешном выполнении манипуляций по самоуходу.....
5. В обладании имуществом	помочь пациенту пользоваться своим имуществом.....

### **Потребность в самовыражении**

Абрахам Маслоу назвал самовыражение наивысшим уровнем потребностей человека.

Данная потребность – это потребность в реализации своих потенциальных возможностей и росте как личности.

### **Вопросы для самоконтроля. Ответьте на предложенные вопросы**

1. Что входит в понятие понятие о потребности в поддержании нормальной температуры тела
2. Особенности потребностей в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях.
3. Какие могут быть возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребностей в поддержании нормальной температуры тела, в дыхании, в адекватном питании и питье, физиологических отправлениях
4. В чём заключаются потребности в движении, в сне, в труде, отдыхе.
5. Изучив конспект лекции, ответьте на вопросы в рабочей тетради на странице 14.

**Уважаемый студент, если Вы выполнили задания, Вы Молодец!!!  
Выполненную работу отправляете старосте. Староста формирует папку, подписывает тему, ставит дату и присылает в личное сообщение на электронную почту [galiya-18@list.ru](mailto:galiya-18@list.ru) до 18.00ч. 29.09.2020 г.**

**Благодарю!!!**