

**философия
сестринского
дела**

**сестринский
процесс**

дела

Философия (от греч. phil — любовь, sophia — мудрость; в более точном понимании — стремление к истине) как система обобщенных и целостных представлений о мире является самой древней наукой, насчитывающей в своем развитии около трех тысячелетий.

В философии сестринского дела можно выделить четыре основных понятия:

- сестринское дело как искусство и наука;
- пациент как личность;
- окружающая среда;
- здоровье.

Центральным звеном этой философии безусловно является пациент со всеми его потребностями - биологическими, психологическими, социальными, духовными, а точнее - личность пациента.

Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству и правам пациента. Медсестра должна быть готова взаимодействовать с любой личностью. В этом состоит одно из ее главных профессиональных качеств. Характер мировоззрения формируется социальным окружением личности, ее воспитанием и самовоспитанием. У каждого человека в процессе формирования его личностных качеств складывается индивидуальное представление о здоровье, болезни и факторах, приводящих к ней. И для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным

ценностям, привычкам, взглядам и религиозным убеждениям.

дела

Считается классическим определением, которое дала американская медицинская сестра и преподаватель Вирджиния Хендерсон в 1961 году: «оказание помощи человеку, больному или здоровому, в осуществлении тех действий, имеющих отношения к здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он принял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. И делается это таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрел независимость».

Другое определение дали американские медицинские сестры в 1984 году: «Медицинская сестра - человек, который питает, лелеет, защищает и подготовлен для заботы о слабом».

Ф. Найтингейл в 1859 году впервые выделила в сестринском деле две области - уход за больными и уход за здоровыми людьми. Определила уход за здоровыми как «поддержание у человека такого состояния, при котором болезнь не наступает», уход же за больными как «помощь страдающему от болезни жить наиболее полноценной жизнью, приносящей удовлетворение». Найтингейл высказывала твердое убеждение в том, что «по сути своей, сестринское дело как профессия, отличается от врачебной деятельности и требует специальных, отличных от врачебных знаний». Впервые в истории она применила научные методы в решении проблем сестринского дела.

дела

Современный уровень развития сестринского дела требует от медицинской сестры умения самостоятельно оценивать состояние и потребности больного, вести правильное наблюдение за ним, принимать обоснованные решения, связанные с определенной ответственностью, когда от ее профессиональной компетентности во многом зависит успех лечения.

Согласно международной договоренности, концептуальной моделью сестринского дела является структура, основанная на философии сестринского дела и включающая четыре парадигмы:

1. Человек - целостная динамическая саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние его с окружающей средой.
2. Сестринское дело - наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем, касающихся здоровья, в изменяющихся условиях окружающей среды.
3. Окружающая среда - совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, в которых протекает жизнедеятельность человека.
4. Здоровье - динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая по средствам адаптации.

дела

Одну из ключевых позиций в системе взаимоотношений медсестры с пациентом занимает медицинская этика, одной из составных частей которой является этический кодекс медсестер. Он освещает основные принципы поведения и оценки действий медсестры, отражает основные цели, обязанности и ценности в данной профессии. Он составляет систему мировоззрений, внутри которой сестра может принимать решения, соответствующие этическим нормам и выполнять обязанности перед обществом, коллегами и своей профессией.

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.

дела

Впервые вопрос о философии сестринского дела в России был рассмотрен в 1993 г в с.Голицино, на 1 совместной российско-американской научно-практической конференции по теории сестринского дела. Был принят Программный документ «Философия сестринского дела в России».

Этот документ отражает систему взглядов российских медицинских сестер на основные ценности и перспективы их профессии, раскрывает перед обществом профессиональное мировоззрение, идеал в сестринском деле. Философия описывает сестринское дело таким, каким оно должно быть. Это описание не обязательно совпадает с тем, что мы встречаем в реальной жизни, но оно дает ощущение перспективы. Если нет идеала, нет движения, нет развития. Философия – это своего рода дирижер или внутренний компас в сестринском деле. Мы должны определить для себя идеал, каким бы мы хотели видеть российское сестринское дело и критически оценить нынешнее состояние сестринского дела. Только тогда будет возможным постепенное, поступательное движение вперед к осуществлению реформы.

дела

В 1997 г. Ассоциацией медицинских сестер России был утвержден «Этический Кодекс медицинской сестры России». Он является нравственным ориентиром поведения медицинской сестры.

Кодекс декларирует основные этические элементы философии сестринского дела:

- этические обязанности медицинской сестры по обслуживанию пациентов (соблюдать конфиденциальность, уважать автономию пациента, говорить правду и т. д.);
- цели, к которым стремится медицинская сестра (независимость, здоровье, знания, умение и т. п.);
- моральные качества или добродетели (мудрость, сострадание, милосердие, терпение и т. д.).

ДЕОНТОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКАЯ

Деонтология медицинская (греч. deon, deontos должное, надлежащее + logos учение) — совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников.

Понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» не тождественны. Проблема долга — одна из основных проблем медицинской этики; соответственно медицинская деонтология является отражением этических концепций, но она имеет более прагматический и конкретный характер. Если медицинская этика не несет в себе специфики, обусловленной той или иной врачебной специальностью (не существует отдельно этики терапевта, этики хирурга и т.д.), то Д. м. обрела черты специализации, обусловленные ее прикладным характером, взаимосвязью с той или иной медицинской профессией (различают деонтологию хирурга, педиатра, онколога, рентгенолога, венеролога и т.д.).

В последствии наука сузилась до характеристики проблем человеческого долга, рассматривая долг как внутреннее переживание принуждения, задающегося этическими ценностями. В ещё более узком смысле деонтология была обозначена, как наука, изучающая конкретно медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия медицинского работника с коллегами и пациентом.

Главные вопросы медицинской деонтологии — это [эвтаназия](#) Главные вопросы медицинской деонтологии — это эвтаназия, а также

ДЕОНТОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКАЯ

включает в себя:

- Вопросы соблюдения [врачебной тайны](#)
- Меры ответственности за жизнь и здоровье больных
- Проблемы взаимоотношений в медицинском сообществе
- Проблемы взаимоотношений с больными и их родственниками
- Правила относительно интимных связей между медицинским работником и пациентом, разработанные Комитетом по этическим и правовым вопросам при Американской медицинской ассоциации:
 - интимные контакты между медицинским работником и пациентом, возникающие в период лечения, аморальны;
 - интимная связь с бывшим пациентом может в определенных ситуациях признаваться неэтичной;
 - вопрос об интимных отношениях между медицинским работником и пациентом следует включить в программу обучения всех медицинских работников;
 - Медицинские работники должны непременно докладывать о нарушении медицинской этики своими коллегами.

ДЕОНТОЛОГИЯ МЕДИЦИНСКАЯ

Нарушение деонтологических принципов общения с больными может привести к развитию у них так называемых ятрогенных заболеваний. Под ятрогенными болезнями или ятрогениями понимают заболевания или состояния, обусловленные неосторожными высказываниями или поступками медицинских работников, неблагоприятно воздействовавшими на психику больного. Такие заболевания развиваются чаще всего у мнительных пациентов, т. е. относящихся к своим ощущениям с повышенным чувством тревоги, которые даже в относительно безобидных медицинских терминах и симптомах видят указания на наличие у них серьезного заболевания. Подобные ощущения могут возникнуть иногда даже у студентов медицинских институтов, начинающих изучать симптомы заболеваний, и при чтении специальной медицинской литературы, когда человек «обнаруживает» у себя описываемые в книгах признаки болезней. Предупреждению ятрогений способствуют, с одной стороны, тщательные разъяснительные (психотерапевтические) беседы с ними, а с другой стороны, соблюдение максимальной осторожности в разговоре с больными.

К деонтологическим аспектам ухода за больными можно отнести также и необходимость строгого сохранения врачебной тайны. Медицинским работникам подчас могут стать известными сведения о больном, носящие глубоко личный, интимный характер, которые они не имеют права разглашать. Данное требование ни в коей мере не относится к тем ситуациям, когда в процессе наблюдения за больным выявляются обстоятельства, которые могут представлять опасность для других людей (сведения об инфекционных и венерических заболеваниях, отравлениях и т. д.). В таких случаях медицинские работники, напротив, обязаны незамедлительно

сестринский процесс

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.

Цель этого метода - обеспечение приемлемого качества жизни в болезни путем обеспечения максимально доступного для пациента физического, психосоциального и духовного комфорта с учетом его культуры и духовных ценностей.

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

В настоящее время сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела и включает в себя пять этапов:

1 этап - Сестринское обследование

2 этап - Сестринская диагностика

3 этап - Планирование

4 этап - Реализация плана ухода

5 этап - Оценка

В России и США выделяют **пять** этапов сестринского процесса, в Европе — **четыре**, так как первый и второй этапы объединены.

Круг обязанностей медсестры, куда входит и выполнение назначенных врачом вмешательств и ее самостоятельные действия, четко определен законом. Все выполненные манипуляции отражаются в сестринской документации.

Суть сестринского процесса заключается в:

- конкретизации проблем пациента,
- определении и дальнейшем осуществлении плана действий медсестры в связи с выявленными проблемами и
- оценке результатов сестринского вмешательства.

сестринский процесс

1 этап - Сестринское обследование

Цель обследования пациента - собрать, обосновать и взаимосвязать полученную информацию о пациенте для создания информационной базы данных о нем и о его состоянии в момент обращения за помощью.

Данные обследования могут носить *субъективный* и *объективный* характер.

Источниками субъективной информации являются:

- сам пациент, который излагает собственные предположения о своем состоянии здоровья;
- близкие и родственники пациента.

Источники объективной информации:

- физическое исследование пациента по органам и системам;
- знакомство с медицинской историей болезни.

В «Сестринской карте пациента» также оценивается состояние пищеварительной и мочевыделительной систем, состояние сна, двигательной активности и способность к самообслуживанию

сестринский процесс

1 этап - Сестринское обследование

Проблемы пациента	Цели	
	краткосрочные	долгосрочные
<p><u>Настоящие</u></p> <p>Субъективные (жалобы) и объективные проблемы, которые выявлены в процессе сестринского обследования, т.е. сейчас, в данный момент.</p>	<p>Цели, направленные на решение приоритетных проблем.</p> <p>При постановке цели всегда указывается время, в течение, которого должны быть достигнуты поставленные цели.</p> <p>Максимальный срок реализации краткосрочных целей – 7 суток.</p>	<p>Цели, направленные на решение настоящих проблем, и предупреждение потенциальных.</p>
<p><u>Приоритетные</u></p> <p>Настоящие проблемы, которые угрожают жизни пациента (<u>пр.</u>: остановка дыхания) или значительно ухудшают качество жизни (<u>пр.</u>: сухой кашель).</p>		<p>При постановке цели всегда указывается время, в течение которого должны быть достигнуты поставленные цели.</p>
<p><u>Потенциальные</u></p> <p>Проблемы связанные с ухудшением состояния (хронизация процесса); осложнения заболевания (<u>пр.</u>: плеврит, как осложнение пневмонии); сопутствующее заболевание развившееся на фоне основного заболевания, но патогенетически не связанное с ним (<u>пр.</u>: постинфекционная анемия, развившаяся на фоне пневмонии)</p>		<p>Максимальный срок реализации долгосрочных целей зависит от заболевания, выявленного у</p>

сестринский процесс

2 этап - Сестринская диагностика

Основными методами сестринской диагностики являются наблюдение и беседа.

- **существующие (настоящие)** - проблемы, которые беспокоят пациента в настоящий момент (например, боль, одышка, отеки);
- **потенциальные** - это проблемы, которые пока не существуют, но могут появиться с течением времени (например, риск возникновения пролежней у неподвижного пациента, риск развития обезвоживания при рвоте и частом жидком стуле).

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, классифицировав их как первичные, вторичные и промежуточные. Приоритеты - это последовательность первоочередных самых важных проблем пациента, выделяемых для установления очередности сестринских вмешательств, их не должно быть много - не более 2-3-х.

сестринский процесс

2 этап - Сестринская диагностика

№ п/п	Уровни основных человеческих потребностей по А.Маслоу	Фундаментальные потребности (виды повседневной деятельности) человека по модели В. Хендерсон
1	Первый уровень: Физиологические потребности	1. Нормально дышать 2. Потреблять адекватную пищу 3. Выделять нормально из организма продукты жизнедеятельности 4. Двигаться и поддерживать соответствующее положение 5. Спать и отдыхать
2	Второй уровень: Потребности в безопасности	6. Выбирать соответствующую одежду, самостоятельно одеваться, раздеваться 7. Поддерживать температуру тела на нормальном уровне, подбирая соответствующую одежду и изменяя окружающую среду 8. Поддерживать личную гигиену, заботится о своем внешнем виде 9. Избегать опасных факторов окружающей среды и не создавать опасности другим людям
3	Третий уровень: Социальные потребности	10. Общаться с другими людьми, выражать свои эмоции, высказывать мнения, потребности 11. Поддерживать свое соответствующее вероисповедания
4	Четвертый уровень: Потребность в уважении и	12. Выполнять работу, которая приносит положительный результат и удовольствие. 13. Участвовать в играх, развлечениях 14. Познавать, открывать и удовлетворять свое любопытство, помогая себе, таким образом нормально развиваться и быть

сестринский процесс

2 этап - Сестринская диагностика

К **первичным приоритетам** относят такие проблемы пациента, которые в условиях отсутствия лечения могут оказать пагубное влияние на больного.

Промежуточные приоритеты - не экстремальные и неопасные для жизни потребности больного.

Вторичные приоритеты – это потребности пациента, которые не имеют прямого отношения к болезни или прогнозу (например, у больного с травмой позвоночника первичная проблема – боль, промежуточная – ограничение подвижности, вторичная – чувство беспокойства).

Критерии выбора приоритетов:

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

сестринский процесс

2 этап - Сестринская диагностика

Следующей задачей второго этапа сестринского процесса является формулировка сестринского диагноза – определение реакции пациента на болезнь и свое состояние.

В отличие от врачебного диагноза, направленного на выявление конкретного заболевания или сущности патологического процесса, сестринский диагноз может меняться каждый день и даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь.

Врачебный диагноз

- определяет болезнь;
- может оставаться неизменным в течение всего времени болезни;
- предполагает лечение в рамках врачебной практики;
- как правило, связан с возникшими патофизиологическими изменениями в организме.

Сестринский диагноз

- нацелен на выполнение ответных реакций организма в связи с болезнью;
- меняется каждый день или даже в течение дня по мере того, как изменяются реакции организма на болезнь;
- сестринские вмешательства в пределах ее компетенции и практики;
- с представлениями самого пациента о состоянии его здоровья.

сестринский процесс

3 этап - Планирование

Во время планирования для каждой приоритетной проблемы формулируются цели и план ухода. Различают два вида целей: краткосрочные и долгосрочные.

- **Краткосрочные** цели должны быть выполнены за короткое время (обычно за 1-2 недели).
- **Долгосрочные** цели достигаются за более длительный период времени, направлены на предотвращение рецидивов заболеваний, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию, приобретение медицинских знаний.

Каждая цель включает 3 компонента:

- действие;
- критерии: дата, время, расстояние;
- условие: с помощью кого/чего-либо.

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

сестринский процесс

3 этап - Планирование

Требования к постановке целей:

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

После формулирования целей и составления плана ухода медсестра обязана согласовать действия с пациентом, заручиться его поддержкой, одобрением и согласием. Действуя таким образом, медсестра ориентирует пациента на успех, доказывая достижимость целей и совместно определяя пути их достижения. Спланировав мероприятия по уходу за пациентом, сестра их выполняет

сестринский процесс

4 этап - Реализация плана ухода

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

- **Независимое** – предусматривает действия, осуществляемые медицинской сестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования со стороны врача или указаний от др. специалистов (например, измерение температуры тела, артериального давления, частоты пульса и т.д.).
- **Зависимое** – выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением (например, проведение инъекций, инструментальных и лабораторных исследований и т.д.).
- **Взаимозависимое** – совместная деятельность медицинской сестры с врачом и др. специалистами (например, действия операционной медицинской сестры во время оперативных вмешательств).

сестринский процесс

4 этап - Реализация плана ухода

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

- Временная помощь рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода — при вывихах, мелких хирургических вмешательствах и т. д.
- Постоянная помощь требуется больному на протяжении всей жизни – при ампутации конечностей, при осложнённых травмах позвоночника и костей таза и т.д.
- Реабилитирующая помощь — длительный процесс, примером может служить ЛФК, массаж, дыхательная гимнастика, беседа с пациентом.

Проводя четвертый этап сестринского процесса медицинская сестра решает две стратегические задачи:

- наблюдение и контроль за реакцией пациента на назначения врача с фиксацией полученных результатов в сестринской истории (карте) болезни;
- наблюдение и контроль за реакцией пациента на выполнение сестринских действий по уходу, связанных с постановкой сестринского диагноза и регистрация полученных данных в сестринской истории (карте) болезни.

сестринский процесс

5 этап - Оценка

Источниками и критериями оценки сестринского ухода служат следующие факторы:

- оценка степени достижения поставленных целей сестринского ухода;
- оценка ответной реакции пациента на сестринские вмешательства, на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;
- оценка эффективности влияния сестринской помощи на состояние пациента;
- активный поиск и оценка новых проблем пациента.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривается, прерывается или изменяется. Когда намеченные цели не достигаются, то оценка дает возможность увидеть факторы, мешающие их достижению. Если конечный результат сестринского процесса приводит в неудаче, то сестринский процесс повторяется последовательно для нахождения ошибки и изменения плана сестринских вмешательств.

В детском отделении наблюдается мальчик 13 лет. Диагноз: сахарный диабет, инсулинзависимый тяжелый, кетоацидоз. Жалобы на общую слабость, жажду, головную боль, полиурию, кожный зуд, повышение аппетита. Ощущается запах ацетона изо рта при разговоре. В контакт вступает неохотно, не верит в успех лечения, выражает опасение за свое будущее.

Из анамнеза: 1,5 месяца назад была травма головы (упал, ударился головой), не госпитализировался. Затем в течение месяца чувствовал себя плохо – общая слабость, головная боль, жажда, выделение больших количеств мочи. Поводом для госпитализации послужила потеря сознания. Находится в отделении 4-й день. У бабушки мальчика, по мнению его мамы, СД 2 типа.

Объективно: в сознании, ориентирован во времени и пространстве. Кожные покровы бледные, на ощупь сухие. Румянец на щеках. Слизистые полости рта яркие.

Множественные расчесы на коже конечностей, туловища. Зрачки сужены, реагируют на свет. Живот мягкий, безболезненный. ЧДД 20–22 в минуту, пульс 96 уд./мин., АД 90/50 мм рт. ст.

Эталон ответа

Проблемы пациента

Настоящие:

- тревога из-за дефицита знаний о заболевании;
- слабость;
- жажда.

Потенциальные:

- риск развития кетоацидотической комы.

Приоритетная проблема: дефицит знаний о заболевании (сахарный диабет).

Цель: пациент и родственники продемонстрируют знания о заболевании (симптомы гипо- и гипергликемического состояния, способы их коррекции и их эффективность) через неделю.

План	Мотивация
1. Провести беседу с пациентом и родственниками об особенностях диеты и возможностях в дальнейшем её расширения по 15 минут 2 раза в день в течение 5 дней	Для устранения дефицита знаний о заболевании.
2. Провести беседу с родственниками и пациентом о симптомах гипо- и гиперсостояний в течение 3-х дней по 15 минут	Для профилактики возникновения кетоацидотической комы.
3. Провести беседу с родственниками пациента о необходимости психологической поддержки его в течение всей жизни	Для создания у ребёнка ощущения себя полноценным членом общества.
4. Познакомить семью пациента с другой семьёй, где ребёнок также болен сахарным диабетом, но уже адаптирован к заболеванию	Для адаптации семьи к заболеванию ребёнка.
5. Подобрать популярную литературу об образе жизни больного сахарным диабетом и познакомит с ней родственников	Для расширения знаний о заболевании и его лечении.
6. Объяснить родственникам необходимость посещать «Школу больного сахарным диабетом» (если таковая имеется)	Для расширения знаний о заболевании и его лечении.

Оценка: пациент и его родственники будут иметь информацию о заболевании, чувство страха у ребёнка исчезнет. Цель будет достигнута.

На стационарном лечении находится ребенок 9 лет. Диагноз: ОРВИ, правосторонняя нижнедолевая пневмония. Беспокоит частый влажный кашель, общее недомогание, нарушение сна и аппетита, температура до 38,7° С, кашель болезненный, отрывистый. ЧДД 54 в минуту. Был госпитализирован, проводится лечение.

Объективно: кожные покровы бледные, синева под глазами, периоральный цианоз (легкий). ЧДД 30 в минуту, пульс 100 уд./мин., АД 100/60, живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания.

Частый влажный кашель.

Эталон ответа

Проблемы пациента

Настоящие:

- влажный кашель;
- нарушения сна и аппетита;
- лихорадка.

Потенциальные: риск возникновения удушья, одышки.

Приоритетная проблема: кашель влажный.

Краткосрочная цель: пациент отметит улучшение отхождения мокроты к концу недели.

Долгосрочная цель: пациент и родственники продемонстрируют знания о характере кашля к моменту выписки.

План	Мотивация
1. Обеспечить приём обильного щелочного питья	Для улучшения отхождения мокроты
2. Обеспечить проведение простейших физиопроцедур по назначению врача	Для улучшения отхождения мокроты
3. Обучить пациента дисциплине кашля, обеспечит индивидуальной плевательницей	Для соблюдения правил инфекционной безопасности
4. Провести пациенту назначенный дренаж по 10 минут 3 раза в день (время зависит от возраста ребёнка)	Для улучшения отхождения мокроты
5. Обеспечить частое проветривание палаты (по 30 минут 3-4 раза в день). При необходимости – оксигенотерапия	Для профилактики удушья, одышки
6. Обеспечить приём лекарственных средств по назначению врача	Для лечения пациента
7. Проводить визуальный осмотр мокроты ежедневно	Для выявления возможных патологических изменений

Оценка: состояние пациента улучшится, приступы кашля будут реже. Цель будет достигнута.