

Хирургические болезни

хирургия

- Хирургия – область медицины, изучающая, болезни и повреждения всех областей и органов человеческого тела, при диагностике и лечении которых используются специальные методы и приемы, в той или иной мере сопровождающиеся нарушением целостности покровных тканей организма.

Хирургические операции: механическое воздействие на ткани и органы, производимое для излечения болезни, облегчения страданий или с целью диагностики.

ОТЛИЧИЕ ХИРУРГИИ ОТ ДРУГИХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

- 1. Нарушение целостности покровных тканей – отличительная черта хирургии.
- Все методы лечения, применяемые в современной медицине можно разделить на две группы: хирургические (оперативные) и не хирургические (консервативные). Между этими способами лечения существует принципиальное различие – наличие или отсутствие повреждения покровных тканей (операционной раны).
- 2. Операция — основной метод лечения. Процесс лечения хирургического больного предельно сконцентрирован на важнейшем событии — операции, ограничен во времени и зачастую невозможно исправить изменения, которые производит хирург.

ОТЛИЧИЕ ХИРУРГИИ ОТ ДРУГИХ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

- 3. Операция позволяет непосредственно с помощью зрения и осязания убедиться в наличии патологических изменений в организме и произвести коррекцию нарушений.
- 4. Оперативное лечение всегда сопровождается физическим внедрением во внутреннюю среду организма, нарушением барьера, отделяющего организм больного от внешней среды. Поэтому оно само по себе может представлять угрозу организму.

Хирургические заболевания

- Хирургические заболевания — это заболевания, при лечении которых применяются хирургические методы. Хирургическое лечение занимает большое место в клинической медицине: около 25 % всех заболеваний составляют хирургические болезни. Диапазон хирургических операций в настоящее время очень широк. По существу хирургический метод применяется при заболеваниях всех органов и тканей организма: головного и спинного мозга, легких, пищевода, сердца, всех органов брюшной полости, мышц, скелета, при эндокринных заболеваниях и т.д.

Основные виды хирургических заболеваний

Хирургические болезни разделяют в зависимости от причин их вызывающих:

- 1. Воспалительные заболевания, вызываемые различными микроорганизмами.
- 2. Травматические повреждения, возникающие в результате механического, физического, химического воздействия на организм человека.
- 3. Нарушения кровообращения: атеросклероз, облитерирующий эндартериит, тромбозы, эмболии.
- 4. Опухоли, представляющие собой атипическое разрастание тканей с склонностью к прогрессирующему росту.
- 5. Паразитарные заболевания, требующие хирургического лечения.
- 6. Пороки развития органов, обусловленные генетическими нарушениями или вредным влиянием внешних факторов на развивающийся плод.

Хирургические заболевания

В зависимости от срочности оказания помощи:

- 1. **Острые** хирургические заболевания, требующие экстренной помощи (в ближайшие часы). Таковы операции при кровотечении, асфиксии, острых хирургических заболеваниях (особенно при перфорации половых органов) и др.
- 2. **Срочными** считаются операции, которые нельзя отложить на длительный срок в связи с неуклонным развитием болезни. Быстро развивающиеся заболевания, требующие срочной помощи (в ближайшие дни, недели). Так, нельзя надолго задерживать операции при злокачественных опухолях, ибо продолжающийся рост может привести к образованию метастазов. В этих случаях допустима отсрочка только на время, нужное для уточнения диагноза и подготовки больного.
- 3. **Медленно прогрессирующие заболевания**, оперативное лечение может быть отложено на длительное время. Несрочные операции (например, косметические) могут быть произведены в любое время без ущерба для здоровья больного.

Предоперационный и послеоперационный периоды.

- Предоперационный период начинается с момента поступления больного в хирургическое отделение. Он делится на **диагностический**, когда уточняется диагноз, определяется состояние органов и систем, ставятся показания к хирургическому вмешательству, и период **предоперационной** подготовки. По времени может быть различной длительности, что зависит от степени срочности и тяжести предстоящей операции.

Частная предоперационная подготовка

- учитывает особенность конкретного заболевания (например, промывание желудка при стенозе его выхода, назначение соляной кислоты при ахилии, полное очищение кишечника и назначение колимицина внутрь перед операцией на толстой кишке, стремление ликвидировать перифокальное воспаление при хронических нагноениях легких и др.),

Общая предоперационная подготовка

- подготовка для всех больных, которым предстоит операция (хороший сон накануне операции, гигиеническая ванна, широкое бритье операционного поля, ограничения в приеме пищи в день операции, профилактика витаминной недостаточности и др.).

- Послеоперационный период начинается с момента окончания операции до восстановления трудоспособности больного. Его делят на три фазы:
 - первая- ранняя, длительность 3-5 дней,
 - вторая - 2-3 недели, до выписки больного из стационара,
 - третья - отдаленная, до восстановления трудоспособности или установления инвалидности

Течение послеоперационного периода

- Выделяют нормальное течение периода после операции, когда нет тяжелых нарушений функций органов и систем, и осложненное (гиперергическое), когда реакция организма на хирургическую травму крайне отрицательная и развиваются всевозможные послеоперационные осложнения.
- Даже при нормальном течении всегда имеются нарушения функций почти всех органов и систем, а при осложненном они резко выражены.

Уход за хирургическими больными.

- Особенности ухода за больными хирургического профиля определяются прежде всего тем, что функции органов и систем этих больных претерпевают изменения из-за заболевания (патологического очага), обезболивания и операции.

Послеоперационные раны

- Послеоперационные раны являются входными воротами, через которые в организм могут проникать гноеродные микроорганизмы. Поэтому внимание должно быть направлено прежде всего на предупреждение развития инфекции и ускорение процессов регенерации.
- Важно наблюдать за состоянием повязки (наклейки), не давать ей соскальзывать и обнажать послеоперационный шов. Если по тем или иным причинам повязка обильно промокла кровью, или другим отделяемым из раны, необходимо сообщить хирургу, чтобы сделали перевязку. Разрешается работать только стерильными инструментами, использовать только стерильный перевязочный материал. Если поставлены дренажные трубки, необходимо следить за характером и количеством отделяемого по ним, герметичности дренажной системы и др.

Послеоперационная рана

- Всегда надо иметь в виду возможность внезапного кровотечения из послеоперационной раны. Оно бывает в ранние сроки после операции обычно при соскальзывании лигатуры, наложенной на сосуд, или отторжении тромба с сосуда, не подвергающегося перевязке (лигированию). При инфицировании послеоперационной раны кровотечение обуславливается гнойным расплавлением крупных сосудов. Если рана зашита наглухо, то изливающаяся из сосуда кровь скапливается в тканях, образуется припухлость, область разреза увеличивается в объеме, деформируется, кожа может изменить окраску и т.д.
- Ухаживающий персонал обязан первым заметить начинающееся нагноение раны. Больной в таких случаях обычно жалуется на появление пульсирующей боли в ране. Отмечается повышение температуры тела, в области раны появляется припухлость, покраснение кожных покровов и др.

Хирургические заболевания

- В зависимости от необходимости хирургического лечения:
 - 1. Заболевания, требующие обязательного хирургического лечения.
 - 2. Заболевания, которые могут лечиться как хирургическими методами, так и консервативными.

операции

- Операции делятся на кровавые, при которых нарушается целостность кожи или слизистых оболочек, и бескровные (например, выправление вывиха).
Различают лечебные и диагностические операции. Лечебные применяются наиболее часто и носят различный характер в зависимости от задач, которые ставит перед собой хирург.

операции

- Среди них выделяют **радикальные**, с помощью которых удаляют патологический очаг или орган (например, аппендэктомия или холецистэктомия), операции, производимые с целью улучшения функции органа, восстановления нормальных анатомических соотношений (например, грыжесечение)
- и **паллиативные операции**, имеющие задачей облегчить страдания больного в случаях, когда излечение невозможно (например, гастростомия при запущенном раке пищевода).
- К **диагностическим** относятся биопсия, проколы плевры, суставов, вдувание воздуха в плевру, почечные лоханки и др., а также лапаротомия, торакотомия и др.

Нервно-психическая сфера

- Нервно-психическая сфера хирургических больных несомненно травмируется. Как и само заболевание, нередко тяжелое, так и предстоящий наркоз и операция, связаны с боязнью последствий и страхом неблагоприятного исхода. Все это сопровождается длительным, значительным перенапряжением внутренних сил. Нет людей, которые спокойно относятся к необходимости подвергнуться операции: разница только в том, что одни могут, а другие нет, сдержать свои переживания, не показывая их.

Повышенная нервная возбудимость, бессонница, боли и пр. приводят, не так уже редко, к развитию послеоперационных психозов, которые могут оказаться опасными для жизни больного, если не учитывать такой возможности и не принимать соответствующих мер.

- Необходимо также помнить о возможности послеоперационных парезов и параличей. Все это требует большого внимания к нервно-психическому состоянию хирургического больного уже в предоперационном периоде.
- В этих случаях профилактическое значение имеют спокойные разъясняющие беседы с больным, неплохо поместить в палату рядом с ним выздоравливающего, благополучно перенесшего подобное хирургическое вмешательство, желательно посещение человека, которому давно сделали операцию и чувствующего себя хорошо.

- Нарушения функций сердечно-сосудистой системы и анемия, вызванные кровопотерей, нередко отмечаются у тяжелых хирургических больных, они могут привести к снижению артериального давления, включая острое (коллапс).
- Вынужденное лежачее положение, малая подвижность влекут венозные застои, тромбозы и эмболии.
- Часто наблюдается нарастающая анемия (по различным причинам), обычно сопровождающаяся гипоксемией (кислородным голоданием): появляется бледность, цианоз и т.д.

Органы дыхания

- Функции органов дыхания претерпевают в послеоперационном периоде изменения, особенно выраженные при операциях на грудной клетке и ее органах, на брюшной стенке и органах брюшной полости. В связи с болями в зоне операции обычно отмечаются ограничение дыхательных движений, уменьшается легочная вентиляция, наблюдается та или иная степень гипоксемии.
Неподвижность или малая подвижность больных, тем более при положении на спине, в пожилом и старческом возрасте ведет к венозному застою в легких, нарушению откашливания мокроты, которая скапливается в бронхах и содействует развитию гипостатической, ателектатической послеоперационной пневмонии.

Органы дыхания

- . К тому же операции на органах брюшной и грудной клетки нередко обширны, травматичны и сопровождаются повреждением большого количества кровеносных сосудов, в которых образуются многочисленные мелкие тромбы, создавая условия для тромбоэмболических послеоперационных пневмоний.
- Кислородная недостаточность, одышка, пневмонии, плевриты - вот неполный перечень осложнений, который угрожает хирургическому больному со стороны органов дыхания.

Органы дыхания

- Важной заботой ухаживающего за больным предупредить эту возможность.
Больных с риском легочных осложнений лучше укладывать на функциональную кровать.
Врач и сестра не должны жалеть времени на то, чтобы научить послеоперационного глубоко дышать, откашливаться и следить, чтобы он лежал в кровати с возвышенным положением туловища.
- При явлениях кислородного голодания необходимо позаботиться о проведении оксигенотерапии.
Следует помнить, что в большинстве случаев послеоперационная пневмония является результатом игнорирования правил ухода за больными.

Органы пищеварения

- Функции органов пищеварения нарушаются у всех послеоперационных больных, но особенно резко после операций на органах брюшной полости. От интоксикации, вызванной болезнью и хирургической травмой в первую очередь страдают клетки с наиболее дифференцированной функцией (нервные и железистые), в том числе "отвечающие" за работу органов пищеварения, выделение пищеварительных соков.

Органы пищеварения

- Следствием отклонений является: потеря аппетита, расстройство пищеварения (поносы), понижение перистальтики или даже ее отсутствие, приводящее к запорам и др.

Чтобы наладить работу кишечника, надо придерживаться ряда требований.

- -До нормализации функций слюнных желез – обязательна тщательная санация полости рта.
- - Для восстановления желудочно-кишечной секреции - вкусная, разнообразная, богатая витаминная диета.
- -При застое в желудке содержимого - его промывание, очистительные клизмы.
- -До восстановления перистальтики кишечника - его стимулирование фармакологическими препаратами.

Водносолевой обмен

- Нарушения водносолевого обмена. Обильные, повторные рвоты, экссудация, поносы приводят к значительной потере организмом больного воды и солей: выраженное обезвоживание и обессоливание требуют возмещения.

ИНТОКСИКАЦИЯ

- Все больные с гнойным очагом страдают от двойной интоксикации: продуктов жизнедеятельности бактерий и некротического распада тканей, вызванных воспалительным процессом. Причем ткань при каждой операции травмируется дополнительно. Количество распадающихся тканей, а следовательно и степень послеоперационной интоксикации, определяются объемом оперативного вмешательства. Известно, что даже после небольших операций у больных наблюдается плохое самочувствие, бессонница, небольшое повышение температуры, изменение состава крови, ухудшение аппетита и т.д.

ИНТОКСИКАЦИЯ

- Чем больше операция, а следовательно больше разрушенных тканей, тем выраженное и длительнее сохраняются симптомы интоксикации. Они усиливаются с развитием нагноения в операционной ране. Учитывая это, принимают меры по дезинтоксикации (обильное питье, оксигенотерапия, обеспечение оттока распада и др.).

ГИПОДИНАМИЯ

- Гиподинамия (недостаточная подвижность) нарушает кровообращение, ведет к застоям крови, гипостазам, тромбозам, эмболиям, уменьшает вентиляцию легких, усиливает гипоксемию (кислородное голодание), ухудшает все функции пищеварительных органов, вызывает атрофию мышц и т.д.
- Недостаточная подвижность хирургических больных может быть вынужденной (многочисленные тяжелые переломы, другие травмы, обширные операции и т.д.) или связанной с общей слабостью, вызванной болезнью.

ГИПОДИНАМИЯ

- Она в значительной степени усиливает все послеоперационные нарушения функций органов и систем и может быть первопричиной многих тяжелых осложнений. Осознавая это, врач и ухаживающий персонал должны принимать самые активные меры для ее устранения, используя разнообразные методы активных и пассивных движений больного - лечебную физкультуру, массаж, приспособления, помогающие больному садиться и пр

ГИПОДИНАМИЯ

- Гимнастика, проведенная утром после подъема, улучшает работу всех органов и систем организма и, что особенно важно, устраняет застойные очаги кровообращения, неминуемо возникающие во время сна. Утреннюю зарядку могут проводить по существу все хирургические больные, она не показана только особо тяжелым по указанию лечащего врача. Ходячие больные могут выполнять упражнения стоя, средней тяжести - сидя на стуле, а лежачие - лежа в кровати.

-

- Состояние больных во время и после небольших по объему операций существенно не меняется, поэтому их лечение осуществляется в палатах хирургических отделений, где проходил предоперационный период. Особенность ухода за такими больными состоит в создании условий для заживления раны (беречь область операционной раны, повязку на ране).
- После операций, сопровождающихся нарушением функций основных систем организма, больные переводятся из операционного зала в палату интенсивной терапии отделения реанимации. Перевод больного в хирургическое отделение осуществляется по достижении нормализации основных функциональных систем больного.
- В настоящее время нет ни одного хирургического стационара, который бы не имел палаты или отделения интенсивной терапии, куда направляются больные для лечения в первые дни после операции.

- В отделении должна быть налажена быстрая и удобная связь с вспомогательными диагностическими службами и лабораториями. В связи с тем, что в данном отделении имеется многочисленная аппаратура для оказания неотложной помощи, медицинская сестра должна уделять максимум внимания правильному расположению оборудования, наиболее удобной организации рабочего места. Важно, чтобы доступ к койке больного был свободным со всех сторон, и вся аппаратура находилась в состоянии полной готовности к работе. Поэтому медицинская сестра при вступлении на дежурство обязана проверить работу всей аппаратуры, наличие необходимых лекарств, стерильного материала, кислорода в системе централизованной подачи и в баллонах.

- Медицинская сестра в палатах интенсивной терапии должна обслуживать не более двух больных, поэтому в отделении работают одновременно 2 – 3 сестры. Каждая из них должна четко знать свои обязанности. Одна следит за показателями на мониторе, фиксирует изменения в состоянии больных на специальных бланках, другая производит инъекции и различные манипуляции. Контроль за состоянием больного является одной из наиболее важных и ответственных функций медицинской сестры специализированного отделения.
- Своевременное информирование врача о всех малейших изменениях в состоянии больного или показателях поступивших анализов, данных аппаратов слежения, объема выделяемых и вводимых жидкостей и регистрация их в листе наблюдения является первой задачей медицинской сестры подобного подразделения.

- Палата хирургического отделения, где находятся больные, готовящиеся к операции, и больные, уже оперированные, требует безупречного санитарно-гигиенического состояния. Это достигается уборкой палат.
- Выделяют ежедневную двукратную плановую уборку, текущую и генеральную уборку.
- Ежедневная двукратная плановая уборка. Допустима только влажная уборка. Пол моют с мылом и раствором карбоната натрия, а после мытья дважды протирают выжатой тряпкой. Стены, окна, подоконники, батареи, двери протирают влажной тряпкой (водой с мылом, каустической содой, 0,5 % раствором нашатырного спирта, стиральными порошками с водой) дочиста с последующими протираниями их сухой тряпкой. Так же обрабатывают кровати, тумбочки, стулья, столы, шкафы и т. д. стойки для крепления инфузионных систем и их металлические детали должны быть обработаны после мытья 0,5 % раствором нашатырного спирта, после чего вытерты насухо.

- Текущая уборка производится возле кровати больного в пределах площади, которая была загрязнена. Она требуется после перевязок, смены дренажей, постельного белья и др.
- Генеральная уборка производится еженедельно. Она включает уборку палат с обработкой пола, потолка и стен дезинфицирующими растворами (например, 3 % раствором лизола или 2% раствором хлорамина). Особенно тщательно обрабатываются операционные, предоперационные и перевязочные залы. В нерабочее время в помещениях производится стерилизация УФО.

- Хирургическим больным, длительно не способным самостоятельно совершать гигиенические процедуры, необходим уход за кожей в постели. Ежедневно утром следует мыть лицо и руки больного с помощью губки водой комнатной температуры с мылом, а также обтирать все его тело теплой водой (либо смесью 1/3 шампуня и 2/3 водки), просушивая после этого кожу полотенцем. Ноги моют два раза в неделю в тазу, поставленном на кровать. Во время проведения гигиенических процедур следует избегать сквозняков, проветривания палат и т. д.

- У пожилых, ослабленных и истощенных больных необходимо обеспечить профилактику пролежней (некроз мягких тканей кожи и подкожной клетчатки в результате расстройства кровообращения). С этой целью следует часто поворачивать больного, под места наибольшего давления подкладывать слабо надутые резиновые круги.

Сестринский процесс

Этапы сестринского процесса

- сестринское обследование;
- сестринская диагностика, или определение проблем пациента;
- планирование ухода;
- выполнение плана ухода;
- коррекция ухода в случае необходимости и оценка эффективности.

Сестринское обследование

- Сбор данных, осуществляемый сестрой, включает: паспортные данные пациента; диагноз врача; жалобы в настоящее время; историю болезни пациента: социальные сведения и условия жизни, аллергоанамнез, гинекологический и эпидемиологический анамнез; описание боли, ее локализация, характер, интенсивность, длительность, реакцию на боль.
- Объективное обследование сестрой, или оценка состояния пациента при поступлении: физические данные: рост, масса тела, отеки (локализация); выражение лица, состояние сознания; положение в постели; состояние кожных покровов и видимых слизистых; костно-мышечная система; температура тела; дыхательная система: ЧДД, характеристика дыхания; АД, пульс; естественные отправления; состояние органов чувств; память; наличие протезов; способность к передвижению; способность есть, пить.
- Таким образом, сестринское обследование является независимым, специфичным и не может подменяться врачебным.

Сестринская диагностика

- Сестринский диагноз - это состояние здоровья пациента, установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательств со стороны сестры. Это симптомный или синдромный диагноз, во многих случаях основанный на жалобах пациента.
- Медсестра рассматривает не заболевание, а внешнюю реакцию пациента на то, что с ним происходит.
- Классифицировать сестринские проблемы можно как физиологические, психологические и духовные, социальные;
- Помимо этой классификации, все сестринские проблемы делятся на:
 - 1) настоящие (то, что есть сейчас), например, одышка, отеки;
 - 2) потенциальные – это проблемы, возникновение которых может быть предотвращено организацией качественного сестринского ухода (риск возникновения пролежней у неподвижного пациента, риск развития обезвоживания при рвоте и частом жидком стуле).

Сестринский диагноз

- Приоритеты - это последовательность первоочередных самых важных проблем пациента, выделяемых для установления очередности сестринских вмешательств, их не должно быть много - не более 2-3-х.
- Критерии выбора приоритетов:
- Все неотложные состояния, например, острая боль в сердце, риск развития легочного кровотечения.
- Наиболее тягостные проблемы для пациента в настоящий момент, то, что больше всего беспокоит, является для него самым мучительным и главным сейчас.

14 групп сестринских диагнозов

- . Это диагнозы, связанные с нарушением процессов:
 - движения (снижение двигательной активности, нарушение координации движений и др.);
 - дыхания (затрудненное дыхание, кашель продуктивный и непродуктивный, удушье и др.);
 - кровообращения (отеки, аритмия и др.);
 - питания (питание, значительно превышающее потребности организма, ухудшение питания и др.);
 - пищеварения (нарушение глотания, тошнота, рвота, запор и др.);
 - мочевыделения (задержка мочи острая и хроническая, недержание мочи и др.);
 - всех видов гомеостаза (гипертермия, гипотермия, обезвоживание, снижение иммунитета и др.);
 - поведения (отказ от приема лекарств, социальная самоизоляция, суицид и др.);
 - восприятия и ощущения (нарушение слуха, нарушение зрения, нарушение вкуса, боль и др.);
 - внимания (произвольного, непроизвольного и др.);
 - памяти (гипомнезия, амнезия, гипермнезия);
 - мышления (снижение интеллекта, нарушение пространственной ориентации);
 - изменения в эмоциональной и чувствительной сферах (страх, беспокойство, апатия, эйфория, отрицательное отношение к личности медицинского работника, оказывающего помощь, к качеству проводимых манипуляций, одиночество и др.);
 - изменения гигиенических потребностей (недостаток гигиенических знаний, навыков, проблемы с медицинским обслуживанием и др.).

Планирование ухода

- 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.

Планирование ухода

- Каждая цель включает 3 компонента:
- 1) действие;
- 2) критерии: дата, время, расстояние;
- 3) 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.

Четвертый этап – реализация плана ухода

Методы возможных сестринских вмешательств:

- - оказание ежедневной помощи в активности повседневной жизни;
- - выполнение технических манипуляций;
- - оказание психологической помощи и поддержки;
- - обучение и консультирование пациента и членов его семьи;
- - профилактика осложнений и укрепление здоровья;
- - меры по спасению жизни;
- - создание оздоровительной атмосферы, благоприятной для удовлетворения основных потребностей человека, в частности, потребности в свободе и независимости, безопасности, общении и других.

- Независимое сестринское вмешательство предусматривает действия, выполняемые медсестрой по собственной инициативе, руководствуясь собственными соображениями, без прямого требования и указаний со стороны врача или других специалистов. Оно включает в себя:
 - оказание помощи пациенту в самообслуживании,
 - наблюдение за реакцией больного на лечение и уход, а также за адаптацией в условиях медицинской организации,
 - обучение и консультирование пациента и его семьи,
 - организация досуга пациента.

- Зависимое сестринское вмешательство выполняется на основании письменных предписаний врача и под его наблюдением. Медицинская сестра несёт ответственность за выполняемую работу, выступая в роли исполнителя.
- Взаимозависимое сестринское вмешательство предусматривает ее совместную деятельность с врачом и другими специалистами.

- *Временная помощь* рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самохода — 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.
- При уходе за больным большую роль играют беседа и квалифицированный совет, который может дать медицинская сестра в необходимой ситуации.

. Пятый этап – оценка эффективности ухода

- Заключительный этап сестринского процесса – *оценка его эффективности*. Целью является оценка реакции пациента на сестринский уход, анализ качества оказанной помощи, оценка полученных результатов и подведение итогов.
- План сестринских мероприятий при необходимости пересматривается, прерывается или изменяется. Если цели не достигаются, то оценка позволяет увидеть мешающие факторы. Медсестра должна выяснить причину допущенной ошибки.
- Задачи, стоящие при оценке эффективности ухода:
 - - оценка успехов в достижении целей, позволяющих измерить качество ухода;
 - - изучение ответной реакции пациента на медперсонал, лечение, удовлетворенности фактом пребывания в стационаре, пожеланий;
 - - профессиональный поиск и оценка возникающих проблем.