Государственное бюджетное профессиональное

образовательное учреждение Ставропольского края

«Кисловодский медицинский колледж»

Утверждено

на заседании методического совета

протокол №\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020 г.

Зам. директора по ОМ и У(И)Н Р

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ягьяева М.А.

**Методическая разработка для студентов**

**по теме: «Потребность пациента в нормальном дыхании»**

МДК 07.01 «Теория и практика сестринского дела»

ПМ 07 Выполнение работ по одной или нескольким специальностям рабочих и должностям служащих «Младшая медицинская сестра по уходу за больными»

для специальности: 31.02.01. Лечебное дело

Согласовано Рассмотрено

Методист Григорьян М.Б. на заседании ЦМК № 3

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ протокол \_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_2020г.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г. Председатель ЦМК № 3

 Дьяченко О.В

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выполнила

Преподаватель Дьяченко О.В

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2020г.

г. Кисловодск 2020 г.

**Содержание**

Пояснительная записка 3

Стандарт 4-5

Теоретический блок 6-18

* Первичная оценка 7-11
* Проблемы пациента 11-12
* Определение целей сестринского ухода 12
* Сестринский уход 12-15
* Оценка сестринского ухода 15-19
* Банк проблем и сестринских вмешательств 15-18

Контрольные вопросы 20

Критерии оценок 21-22

Список использованной литературы 23

Приложения 24-25

**Пояснительная записка**

МДК «Теория и практика сестринского дела», изучаемый в медицинском колледже, является одним из МДК профессионального модуля «Выполнение работ по одной или нескольким специальностям и должностным служащих» Младшая медицинская сестра по уходу за больными».

Методическая разработка предназначена для подготовки к занятию по теме «Иерархия потребностей по А. Маслоу. Модели сестринского дела» Она содержит контролирующий материал в виде вопросов с различным уровнем сложности. Методическая разработка соответствует Федеральному государственному стандарту среднего профессионального образования по специальностям 31.02.01. Лечебное дело.

Факторами риска нарушения функции дыхания являются хроническая обструктивная болезнь лёгких, трахеостомия, назогастральный зонд, рвота, травмы или операции на шее, лице, в полости рта и т.п.

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

Наиболее часто встречающимися признаками, свидетельствующими о недостаточном обеспечении организма человека кислородом*,*являются одышка, кашель, кровохарканье, боль в груди, тахикардия.

Оценивая состояние пациента, необходимо обратить внимание на его положение (например, вынужденное положение сидя — ортопноэ, вынужденное положение на больном боку, высокое положение Фаулера), цвет кожных покровов и слизистых оболочек (цианоз, бледность).

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

**Стандарт**

В соответствии с ФГОС по специальности СПО 31.02.01. Лечебное дело в результате освоения МДК 07.01 Теория и практика сестринского дела. С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями обучающийся в ходе освоения профессионального модуля должен:

**Студент должен иметь практический опыт:**

* Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей);
* Оказания пособия пациенту с недостаточностью самостоятельного ухода при физиологических отправлениях;
* Наблюдение за функциональным состоянием пациента;

**Студент должен уметь:**

* собирать информацию о состоянии здоровья пациента;

**Студент должен знать:**

* способы реализации сестринского ухода;
* технологии выполнения медицинских услуг;

**Освоение программы профессионального модуля способствует формированию общих и профессиональных компетенций:**

ПК 7.1 Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности.

ПК 7.2. Соблюдать принципы профессиональной этики.

ПК 7.4. Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода.

ПК 7.5. Оформлять медицинскую документацию.

ПК 7.6. Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий.

ПК 7.8. Обеспечивать безопасную среду пациента и персонала.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем.

ОК 3. Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы.

ОК 4. Осуществлять поиск информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

**Теоретический блок**

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

 **Дыхание** – это совокупность процессов, обеспечивающих поступление в организм кислорода, использование его для окисления органических веществ с высвобождением энергии и выделением углекислого газа в окружающую среду.

 **Различают:**

* **Внешнее** – это доставка кислорода в кровь;
* **Внутреннее** – перенос кислорода из крови к органам и тканям организма.

В физиологических условиях дыхательные движения грудной клетки совершаются за счет сокращения главных дыхательных мышц, межреберных, диафрагмы и мышц брюшной стенки. Дыхание состоит из фаз вдоха и выдоха, который осуществляется в определенном постоянном ритме – 16-20 в минуту у взрослых и 40-45 в минуту у новорожденных.

**Изменение величины дыхательного объема легких с возрастом.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Возраст** | **Величина дыхательного объема (в мл)** |
| Новорожденный | 30-35 |
| 2-3 года | 86-114 |
| 8-10 лет | 170-230 |
| 14-15 лет | 300-375 |
| 16-17 лет | 400-420 |
| Взрослый | 450-500 |

В пожилом возрасте увеличивается частота дыхательных движений, т.к. при старении организма происходят возрастные изменения костно-мышечного аппарата грудной клетки, воздухоносных путей, легочной ткани, а также сосудов малого и большого круга кровообращения.

При работе с пациентами любого возраста необходимо уделять внимание правильному, адекватному потребностям организма дыханию, учитывая при этом и возрастные особенности.

**Ритм дыхательных движений** – 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, как 1:3.

**Тахипноэ** – учащенное дыхание (ЧДД > 20 в мин).

**Брадипноэ** – урежение дыхания (ЧДД< 16 в мин).

**Апноэ** – отсутствие дыхания.

Различают грудной (реберный), брюшной и смешанный типы дыхания.

При грудном типе дыхание обеспечивается, в основном, за счет работы межреберных мышц (дыхание верхних и средних отделов грудной клетки). Характерно для женщин.

При брюшном типе дыхания дыхательные движения в основном за счет диафрагмы и мышц брюшной стенки. Характерно для мужчин.

При смешанном типе дыхания дыхательные движения одновременно при помощи сокращения межреберных мышц и диафрагмы.

**Первичная оценка**

Факторами риска нарушения удовлетворения потребности в дыхании являются хроническая обструктивная болезнь лёгких, трахеостомия, назогастральный зонд, рвота, травмы или операции на шее, лице, полости рта и т.д.

Для оценки удовлетворения потребности в нормальном дыхании (обеспечение достаточным количеством кислорода) медицинская 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, кровохаркание, боль в грудной клетке, тахикардия.

**Одышка** (диспноэ) - нарушение частоты и глубины дыхания, сопровождающееся чувством нехватки воздуха

**Одышка** — субъективное ощущение затруднения дыхания. Пациент, как правило, говорит, что ему «не хватает воздуха», «нечем дышать». Признаками одышки являются учащение дыхания, изменение его глубины (поверхностное дыхание, которое часто сочетается с патологическим учащением дыхания, при котором вдох и выдох, как правило, становятся короче и глубокое дыхание, которое связано с патологическим урежением дыхания.) и ритма. Следует обязательно уточнить, при каких обстоятельствах появляется одышка. Одышка может быть физио­логической, если она появляется после физической нагрузки или в стрессовой ситуации, и патологической (при заболеваниях органов дыхания, кровообращения, головного мозга, крови и др.).

**Виды одышки:**

* **Инспираторная** - затруднен вдох (попадание инородного тела в дыхательные пути, ларингит, заглоточный абсцесс).
* **Экспираторная** - затруднен выдох (при спазме бронхов и бронхиол – бронхиальная астма).
* **Смешанная** – инспираторно - экспираторная одышка; сопровождается затруднением как вдоха, так и выдоха ( наблюдается при пневмониях, бронхитах, плевритах, пневмотораксе, застойных явлениях в малом круге кровообращения, и др).

Одышка может быть церебральной, вызванной непосредственным воздействием на дыхательный центр. При этом развиваются нарушения дыхания, которые называют периодическим дыханием.

**Патологические типы дыхания**

**Дыхание Чейн-Стокса**. Дыхательные движения имеют определённый цикл: вначале поверхностные и более редкие, они с каждым дыханием становятся глубже и чаще, доходят до максимума, а затем постепенно снова убывают и переходят в дыхательную паузу - апноэ, после паузы повторяется тот же цикл (кровоизлияния, менингиты, опухоли).

**Дыхание Биотта**. Характеризуется сильными дыхательными движениями, затем наступает пауза. Возникает при снижении возбудимости дыхательного центра и при нарушении его связи с корой.

**Дыхание Куссмауля**. Описана немецким врачом Куссмаулем в 1874 году при диабетической коме. Характеризуется глубокими сильными дыхательными шумами. Куссмауль назвал его "большое шумное" дыхание.

**Дыхание Грокка** напоминает дыхание Чейн-Стокса, только отсутствуют паузы. Встречается при абсцессах головного мозга, при базальных менингитах, иногда в агональном периоде.

 Боли в грудной клетке. Боли могут быть связаны с поражением мышц, межрёберных нервов, рёбер. При заболеваниях дыхательных путей боль наблюдается чаще всего при поражении плевры. Боли, связанные с вовлечением в патологический процесс плевры, характеризуются усилением при дыхании и кашле, особенно на высоте вдоха, поэтому больные стараются не дышать глубоко. Обычно такая боль точно характеризуется больными.

**Кашель** — это защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты и инородных тел. Кашлевой толчок — это фиксированный звучный выдох Кашель может быть сухим, без выделения мокроты и влажным, с выделением мокроты различного количества и качества (по консистен­ции: густая, жидкая, пенистая; по цвету: прозрачная, желто-зеленая, с кровью; по запаху: без запаха, зловонная, гнилостная).

Следует знать, что эффективность кашля зависит от нескольких факторов:

* вязкости мокроты;
* смыкания голосовой щели;
* способности пациента сделать глубокий вдох и напрячь вспомогательные дыхательные мышцы для получения в дыхательных путях высокого давления.

При повреждении нервных центров, мышечной слабости, парезе кишечника, болевом синдроме, наличии интубационной трубки или трахеостомы, а также несмыкании голосовых связок очистка легких с помощью кашля невозможна.

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

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

Следует уточнить у пациента:

* локализацию боли;
* интенсивность и характер боли;
* причину усиления или уменьшения (например, он лежит на больном боку или прижимает больной бок рукой) боли.

Курение, особенно в течение продолжительного времени и большого количества сигарет, ведет к развитию хронической обструктивной болезни легких и раку легких. Эти заболевания приводят к ухудшению обеспечения организма достаточным количеством кислорода, то есть 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 (например, вынужденное положение, сидя — ортопноэ, вынужденное положение на больном боку, высокое положение Фаулера) и на цвет кожных покровов и слизистых (цианоз, бледность).

Следует сказать, что в тех случаях, 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. Одним из признаков ОДН является тахипноэ (учащённое дыхание) до 24 и более в мин. Изменяется поведение человека: появляется беспокойство, иногда эйфория, многословие, возбуждение. Многословие порождено страхом смерти. Говорить на фоне учащения дыхания всегда очень трудно. При высокой степени ОДН 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).

Пациент с острой дыхательной недостаточностью нуждается в экстренной помощи всех членов медицинской бригады.

**Проблемы пациента**

На основании данных, полученных при оценке состояния пациента, то есть его возможности удовлетворить потребность в нормальном дыхании, формулируются те или иные проблемы.

**Проблемы пациента могут быть связаны:**

1. с незнанием, неумением, нежеланием или невозможностью занять положение,

**уменьшающее одышку и боль;**

1. с нежеланием выполнять дыхательные упражнения регулярно;
2. с неумением использовать плевательницу;
3. с неумением использовать ингалятор;
4. с риском инфекции дыхательных путей из-за неадекватных мер ухода за полостью рта, дыхательной аппаратурой и т.п.,
5. со снижением физической активности (из-за одышки или боли);
6. со страхом смерти от удушья;
7. с необходимостью отказа от курения;
8. со снижением аппетита из-за мокроты с неприятным запахом;
9. с непонимание необходимости регулярного приема назначенных врачом лекарственных средств и др.

**Определение целей сестринского ухода**

Обсуждая совместно с пациентом план предстоящего ухода в связи с неудовлетворением потребности в нормальном дыхании, следует предусмотреть достижение одной или нескольких целей*:*

* пациент будет знать и сможет занять положение, облегчающее дыхание;
* у пациента сохранится физическая активность, необходимая для самоухода;
* пациент сможет самостоятельно пользоваться ингалятором (плевательницей);
* пациент принимает лекарственные средства в соответствии с назначением врача;
* пациент бросит курить (уменьшит количество выкуриваемых в день сигарет);
* пациент (родственники) знает приемы самопомощи при приступе удушья;
* пациент знает меры, уменьшающие дискомфорт, связанный с откашливанием мокроты;
* пациент выполняет всю программу лечения;
* инфекции дыхательных путей не будет;
* др.

**Сестринский уход**

Положение пациента в постели с приподнятым изголовьем кровати или использование двух-трех подушек позволит значительно улучшить дыхание. Различные виды дренирующего положения улучшают выделение мокроты, а значит, способствуют выздоровлению.

Постуральный дренаж (дренирующее положение) будет эффективным, то есть будет стимулировать естественное отхождение мокроты, только в случае долгого пребывания пациента в определенном положении. Постуральный дренаж назначается врачом, а выполняется под наблюдением и при помощи сестры. Существуют несколько позиций, применяемых для опорожнения различных сегментов легких (табл. 1).

**Положение тела для дренирования легочных сегментов**

|  |  |
| --- | --- |
| **Доли и сегменты легкого** | **Положение тела** |
| **Верхняя доля**апикальный сегментпередний сегментзадний сегмент | Лежа на спине, голова наклонена вперед (30°). Лежа на спине без подушки, валик под коленными суставами.Сидя, наклонившись вперед, у живота - валик |
| **Средняя доля**справа: латеральный и медиальный сегменты, слева: верхне - и нижне язычковый сегменты | Лежа на противоположном боку, голова опущена (30°),пораженная сторона слегка отклонена назад (20°), колени согнуты. |
| **Нижняя доля**верхний сегментпереднебазальный сегментбазально-латеральный сегментзаднебазальный сегмент | Лежа на животе, под таз положена подушка.Лежа на спине, голова опушена (30°), колени согнуты.Лежа на животе, голова опущена, пораженная сторона слегка приподнята, бедра на валике.Лежа на животе, голова опушена, таз приподнят. |

Для облегчения дыхания применяют различные дренирующие положения тела в зависимости от локализации патологического процесса. Следует сказать, что постуральный дренаж наиболее эффективен в сочетании с другими методами стимуляции естественного отхождения и искусственного удаления мокроты, выполняемого другими, специально обученными специалистами. При этом необходимо учитывать, что некоторые из них, например вибрационный массаж, в период пребывания пациента в дренирующем положении значительно улучшают отхождение мокроты. Положение на больном боку позволит уменьшить болевые ощущения, и дыхание станет наиболее глубоким.

Обучение пациента технике кашля позволит ему наиболее эффективно откашливать мокроту. Один из способов: сделать медленный глубокий вдох, задержать дыхание на 2 с, открыть рот и откашляться во время выдоха.

Обучение определенным дыхательным приемам также направлено на улучшение удовлетворения потребности пациента в нормальном дыхании. Один из этих приемов заключается в том, что пациент выдыхает сквозь сжатые губы, при этом выдох удлиняется. При такой технике дыхания пациенты легче откашливают мокроту, то есть кашель становится более эффективным.

По назначению врача сестра проводит оксигенотерапию (кислородная терапия). Кислород является необходимым компонентом для жизни любого живого существа, поэтому при кислородной недостаточности он используется как лекарство с целью заместительной терапии. Одним из наиболее распространенных методов оксигенотерапии является ингаляция кислорода. Независимо от вида используемого ингалятора и метода ингаляции необходимо обязательно увлажнять вдыхаемые кислородные смеси, а в некоторых случаях желательно их еще согревать (при осуществлении оксигенотерапии через интубационную трубку или трахеостомическую трубку).

**Запомните!**

Как любое лекарство, принятое в избыточной дозе, кислород может стать ядом. Концентрацию, скорость и продолжительность оксигенотерапии определяет

врач.

Пациент должен четко представлять себе цели лекарственной терапии, которую сестра осуществляет по назначению врача. Часть сестринских вмешательств направлена на решение проблем пациента в рамках потребности в нормальном дыхании при конкретных заболеваниях.

**Оценка сестринского ухода**

В процессе реализации плана ухода сестра осуществляет текущую и итоговую оценку эффективности сестринского вмешательства. Если вмешательства, направленные на увеличение возможности пациента удовлетворить его потребность в нормальном дыхании оказались недостаточны и неэффективны, следует изменить характер вмешательств, согласовав их с лечащим врачом.

**Банк проблем пациента и сестринских вмешательств**

|  |  |
| --- | --- |
| **Проблемы пациента****(сестринские диагнозы)** | **Причины проблем пациента****(с чем связаны проблемы пациента)** |
| * Одышка экспираторная, инспираторная, смешанная;
* Удушье;
* Кашель (сухой, влажный);
* Кровохарканье;
* Боли в грудной клетке;
* Легочное кровотечение;
* Лихорадка.
 | * Незнание, неумение использовать ингалятор;
* Неумение использовать плевательницу;
* Незнание или невозможность занять дренажное положение;
* Затруднение отхождения мокроты;
* Невозможность занять положение, уменьшающее одышку или боль в грудной клетке;
* Страх смерти от удушья;
* Необходимость отказа от курения;
* Аспирация мокротой, инородным телом;
* Закупорка дыхательных путей;
* Отрицательными факторами окружающей среды;
* Связанные с хроническим характером заболевания.
 |
| **Методы сестринских вмешательств** | **Сестринские вмешательства** |
| 1. Оказание доврачебной помощи.
2. Выполнение врачебных назначений.
3. Создание комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его основных потребностей.
4. Оказание психологической поддержки и помощи пациенту и его семье.
5. Выполнение технических манипуляций, процедур.
6. Осуществление мероприятий по профилактике осложнений и укреплению здоровья.
7. Организация обучения проведения бесед и консультирования пациента и членов его семьи.
 | * Применять обильное, теплое, щелочное питье, не раздражающее слизистые.
* Выполнять простейшие физиотерапевтические процедуры.
* Обучить пациента технике выполнения ингаляций или проводить ингаляции.
* Применять противокашлевые препараты.
* Постоянно проводить динамическое наблюдение за состоянием пациента.
* Проводить массаж грудной клетки.
* Проводить визуальный осмотр мокроты.
* применять отхаркивающие средства, бронхолитики.
* Соблюдать режим проветривания помещения.
* Обеспечить оксигенотерапию.
* Обеспечить доступ свежего воздуха.
* Придать пациенту удобное возвышенное положение с упором на руки.
* Обучить пациента приемам релаксации.
* Расстегнуть стесняющую одежду.
* Применить карманный ингалятор с бронхолитиком.
* Обучить пациента правилам пользования карманным ингалятором.
* Обучить пациента правилам сбора мокроты для лабораторного исследования.
* Обеспечить положение в постели, облегчающее боль.
* Обеспечить пациенту прием анальгетиков, препаратов, уменьшающих кашель.
* Объяснить пациенту смысл создания дренажного положения в постели.
* Приготовить плевательницу.
* Осуществить уход за полостью рта.
* Поднять ножной конец кровати на 20-30 см выше уровня пола.
* Уложить пациента в постель на щит.
* Объяснить пациенту, что необходимо поворачивать туловище вокруг своей оси после появления кашля и отхождения мокроты.
* Придать пациенту удобное горизонтальное положение.
* Дать 1 таблетку нитроглицерина (или валидола) под язык и 25-30 капель валокордина или корвалола или дать 1-2 капли нитроглицерина (или валидола 3-5 капель) под язык на сахаре.

Создать сидячее или полусидячееудобное положение в постели с опоройдля спины со спущенными ногами.- Очистить ротовую полость от пены ислизи.- Провести ингаляцию увлажненного кислорода, пропущенного через пеногаситель.Наложить венозные жгуты на руку ибедра, расслабляя их по очереди через10-15 минут.- Приготовить к приходу врача:наркотический анальгетик, мочегонные,сердечные гликозиды и другое.- Транспортировать пациента наносилках в реанимационное отделение.- Уложить пациента так, чтобы головабыла расположена ниже туловища, аноги приподняты.- Подать грелки к кистям и ногам,поясничной области, укрыть одеялом,подать теплый чай или кофе.- Проверить и восстановитьпроходимость дыхательных путей.- Срочная сердечно-легочнаяреанимация. |

**Контрольные вопросы**

1. Дыхание – это…
2. Изменение величины дыхательного объема легких с возрастом.
3. Тахипноэ.
4. Брадипноэ.
5. Апноэ.
6. Одышка.
7. Виды одышки.
8. Патологические типы дыхания.
9. Кашель.
10. Кровохарканье.
11. Проблемы пациента уменьшающие одышку и боль.
12. Определение целей сестринского ухода.
13. Сестринский уход.
14. Положения тела для дренирования легочных сегментов.
15. Оценка сестринского ухода.

**Критерии оценивания**

|  |  |
| --- | --- |
| **5****«отлично»** | * демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
* умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
* практические действия выполняются последовательно, правильно в соответствии с алгоритмом действий
 |
| **4****«хорошо»** | * демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять;
* последовательное, правильное выполнение всех заданий в соответствии с алгоритмом
* возможны незначительные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя;
* умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
 |
| **3****«удовлетворительно»** | * затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации;
* неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя;
* нарушена последовательность выполнения заданий;
* для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы преподавателя
* затруднения в формулировке выводов.
 |
| **2****«неудовлетворительно»** | * неправильная оценка предложенной ситуации;
* отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.
* невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции.
 |

**Список использованной литературы**

1. Мухина С.А., Тарновская И.И. Атлас по манипуляционной технике. М.,2011.
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского ухода за больными. – Таганрог, 2012.
3. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела. Практикум Ростов-на-Дону «Феникс», 2020.
4. Широкова Н.В и др. – Основы сестринского дела – Алгоритмы манипуляций. Учебное пособие, 2010.

**Приложения**

**Дренирующие положения тела в зависимости от локализации патологического процесса.**



1. верхушечные сегменты верхних долей;
2. верхние сегменты нижних долей;
3. передние сегменты верхних долей;
4. боковые базальные сегменты нижних долей;
5. задние сегменты верхних долей;
6. переднебазальные сегменты нижних долей;
7. язычковые сегменты;
8. заднебазальные сегменты нижних долей.

**Патологические типы дыхания**

