

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	8
Список сокращений и условных обозначений	9
Введение	10

РАЗДЕЛ I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Глава 1. Организация работы детской поликлиники	15
1.1. Задачи и направления работы детской поликлиники	16
1.2. Структура и режим работы детской поликлиники	19
Глава 2. Работа медицинского персонала в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена	36
2.1. Этико-деонтологические особенности работы медицинской сестры в детской поликлинике	36
2.2. Этапы в организации деятельности среднего медицинского персонала	40
2.3. Организация работы медицинской сестры детской городской поликлиники	45
Глава 3. Лечебно-профилактическая помощь организованным детям	73
3.1. Организация работы медицинской сестры дошкольной образовательной организации	73
3.2. Организация работы медицинской сестры общеобразовательной организации	91
Глава 4. Санитарно-противоэпидемиологический режим в детских общеобразовательных организациях	102
4.1. Дезинфекция: виды, методы и средства	102
4.2. Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно- профилактических учреждений	107
4.3. Особенности санитарно-противоэпидемического режима в дошкольной образовательной организации	109
4.4. Санитарно-противоэпидемический режим общеобразовательной организации	111

РАЗДЕЛ II. ОБЩИЙ УХОД И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМ РЕБЕНКОМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Глава 5. Особенности ухода за больным ребенком	117
5.1. Оценка общего состояния больного	118
5.2. Лечебно-охранительный режим	120

Глава 6. Наблюдение и уход за больными детьми с высокой температурой тела	122
6.1. Лихорадка	125
6.2. Судороги	128
Глава 7. Наблюдение и уход за детьми с заболеваниями различных органов и систем	130
7.1. Наблюдение и уход за детьми с заболеваниями органов дыхания	130
7.2. Наблюдение и уход за детьми с заболеваниями сердечно-сосудистой системы	138
7.3. Наблюдение и уход за детьми с заболеваниями органов пищеварения	146
7.4. Наблюдение и уход за детьми с заболеваниями почек и мочевыводящих путей	156
7.5. Доврачебная неотложная и экстренная помощь	166
Глава 8. Уход за тяжелобольными и агонирующими больными. Основы реанимационной помощи	199
8.1. Общие правила ухода за тяжелобольными	199
8.2. Терминальные состояния	202
8.3. Сердечно-легочная реанимация	204
8.4. Констатация смерти	210
 РАЗДЕЛ III. ТЕХНИКА МЕДИЦИНСКИХ МАНИПУЛЯЦИЙ	
Глава 9. Простые сестринские манипуляции	215
9.1. Термометрия	215
9.2. Антропометрия	216
Определение артериального пульса	218
Глава 10. Техника выполнения простейших физиотерапевтических процедур	221
10.1. Отвлекающая терапия	221
Глава 11. Техника выполнения лечебно-диагностических манипуляций	227
11.1. Газоотведение	227
11.2. Клизмы	228
11.3. Промывание желудка	232
Глава 12. Правила сбора биологического материала для лабораторных исследований	234
12.1. Взятие крови	235

12.2. Взятие мочи	236
12.3. Взятие кала.	239
12.4. Взятие мазков со слизистой оболочки носа и зева	241
Глава 13. Подготовка больных к инструментальным методам исследования	243
13.1. Подготовка больного к рентгенологическому исследованию.	243
13.2. Подготовка ребенка к эндоскопическим методам исследования.	245
13.3. Подготовка ребенка к ультразвуковому исследованию органов брюшной полости	246
Глава 14. Способы применения лекарственных средств.	247
14.1. Наружное применение лекарственных средств.	247
14.2. Ингаляционный способ введения лекарственных средств	250
14.3. Энтеральное введение лекарственных средств	251
14.4. Парентеральные способы введения лекарственных средств.	254
14.5. Правила хранения лекарственных средств	258
Тестовый контроль	264
Ответы	274
Ситуационные задачи для контроля и самоконтроля знаний	275
Приложения	279
Приложение 1. Примерные темы бесед и лекций для родителей	279
Приложение 2. Режим и питание беременной (памятка)	279
Приложение 3. Схемы родовых патронажей.	281
Приложение 4. Тематические патронажи медицинской сестры детей первого года жизни	284
Приложение 5. Лист наблюдения за адаптацией к дошкольной образовательной организации	294
Приложение 6. Шкала для определения эмоционального профиля детей раннего возраста	297
Приложение 7. Шкала для определения эмоционального профиля детей дошкольного возраста.	299
Приложение 8. Анкета для выявления пограничных нервно-психических расстройств у детей.	303
Приложение 9. Анкетный тест.	304
Приложение 10. Тест для выявления нарушений осанки.	307
Приложение 11. Тест для выявления плоскостопия	309
Приложение 12. Исследование остроты зрения	310
Приложение 13. Тест Малиновского для определения предмиопии.	312
Приложение 14. Тест для определения бинокулярного зрения	312

Приложение 15. Выявление скрытого косоглазия	313
Приложение 16. Исследование остроты слуха шепотной речью	313
Приложение 17. Гигиенический журнал (сотрудники)	315
Приложение 18. Журнал учета температурного режима холодильного оборудования	315
Приложение 19. Журнал учета температуры и влажности в складских помещениях	315
Приложение 20. Журнал бракеража готовой пищевой продукции	316
Приложение 21. Журнал бракеража скоропортящейся пищевой продукции	316
Приложение 22. Перечень пищевой продукции, которую нельзя использовать при организации питания детей	317
Приложение 23. Среднесуточные наборы пищевой продукции (минимальные) для детей до 7 лет	318
Приложение 24. Среднесуточные наборы пищевой продукции (минимальные) для организации питания детей 7–18 лет	320
Приложение 25. Среднесуточные наборы пищевой продукции для организации питания детей, находящихся в организациях для детей-сирот, и детей, оставшихся без попечения родителей, от 1 года	322
Приложение 26. Примерная схема питания детей первого года жизни	324
Приложение 27. Меню приготавливаемых блюд	325
Приложение 28. Масса порций для детей в зависимости от возраста	326
Приложение 29. Суммарные объемы блюд по приемам пищи	327
Приложение 30. Суточная потребность в пищевых веществах, энергии, витаминах и минеральных веществах	327
Приложение 31. Распределение в процентном отношении потребления пищевых веществ и энергии по приемам пищи в зависимости от времени пребывания в организации	328
Приложение 32. Режим питания в зависимости от длительности пребывания детей в дошкольной организации	329
Приложение 33. Таблица замены пищевой продукции с учетом их пищевой ценности	330
Приложение 34. Количество приемов пищи в зависимости от режима функционирования организации и режима обучения	332
Приложение 35. Ведомость контроля за рационом питания	333
Приложение 36. Протокол медико-педагогического контроля физкультурного занятия (урока физкультуры)	334

Приложение 37. Тесты базовой скрининговой программы оценки физической подготовленности	335
Приложение 38. Тесты расширенной скрининговой программы оценки физической подготовленности	336
Приложение 39. Тест Керна–Йирасека	337
Приложение 40. Лист наблюдения за адаптацией к школе	339
Приложение 41. Шкала для определения эмоционального профиля детей школьного возраста.	341
Приложение 42. Анкета для оценки состояния менструальной функции у девушек	345
Приложение 43. Анкета для оценки состояния молочных желез у девушек	346
Список литературы	348
Список нормативно-методических материалов.	350
Предметный указатель	351

Глава 2

РАБОТА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В УЧРЕЖДЕНИЯХ АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

2.1. ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ

Контакт медицинских работников с детьми и их родственниками может продолжаться от нескольких дней до нескольких месяцев и даже лет. Подобные обстоятельства обуславливают строгое соблюдение этико-деонтологических принципов во взаимоотношениях между медицинскими работниками, с больными детьми и их родственниками.

Медицинская этика — нормы и правила, регулирующие поведение медицинской сестры и взаимоотношения с окружающими, которые она должна соблюдать в повседневной деятельности.

Долг медицинского работника — оказать помощь больному на самом высоком профессиональном уровне и никогда не участвовать в действиях, направленных против физического и психического здоровья людей.

Медицинская сестра должна четко выполнять все назначения врача [режим, диета, проведение инъекций, раздача лекарственных средств (ЛС), измерение температуры тела и т.д.].

Выполнение врачебных распоряжений будет более эффективным, если медицинская или младшая медицинская сестра работает не формально, а руководствуясь внутренним стремлением помочь больному, облегчить его страдания, ускорить выздоровление. Все это требует самодисциплины, постоянного совершенствования профессионального мастерства и пополнения знаний.

Немаловажное значение имеет личность медицинской сестры, ее умение наладить контакт с больным ребенком, проявление заботы, внимания, вежливое и ласковое обращение. От понятия долга неотделимы понятия чести и достоинства, выражающиеся в соответствующем самосознании личности, то есть стремление медицинского работника поддерживать

свою репутацию, добрую славу, понимание общественной значимости своей профессии, постоянное стремление к повышению квалификации и качества своей работы.

Медицинская деонтология — совокупность этических норм и принципов поведения медицинской сестры при выполнении своих профессиональных обязанностей, направленная на максимальное повышение эффективности лечения.

Согласно Международному кодексу медицинской деонтологии, выделяют два стратегических требования к врачу и среднему медицинскому работнику: высокий профессионализм и доброжелательное отношение к людям.

Взаимоотношения медицинских работников

Одним из требований медицинской этики должно быть установление в медицинских коллективах отношений требовательности и взаимопомощи. Грубость, высокомерное отношение к мнению других неприемлемы. Любое нарушение этики взаимоотношений медицинских работников, невыполнение профессиональных обязанностей сказываются на эффективности лечебного процесса. Недопустимо выяснение отношений между медицинскими работниками в присутствии больного ребенка и его родственников. Замечание младшему по должности должно быть сделано тактично. Необходимо соблюдать субординацию, то есть подчинение младшего по должности работника более старшему. Медицинские сестры не должны вести разговоры на профессиональные темы при больных детях, так как некоторые пациенты отличаются мнительностью, легко внушаемы и у них может развиваться ятрогения — заболевание, спровоцированное действием медицинских работников.

Отношение к детям

Осмотр ребенка требует от медицинского работника, помимо профессиональной подготовки, большого терпения и любви к детям. Следует помнить, что у детей нередко возникает страх боли, белых халатов, одиночества, в связи с этим у таких детей часто развиваются невротические реакции (недержание мочи и кала, заикание). В беседе с ребенком необходимо выяснить причины того или иного страха, рассеять его, ободрить, особенно перед манипуляциями (инъекциями, процедурами).

Для многих детей и их родственников болезнь — тяжелая травма, которая приводит к заметным изменениям психики. Изменения в мышлении больного могут менять отношение его к самому себе и близким людям,

к жизни, учебе. Это связано с физическими страданиями, нарушением привычного ритма жизни, угрозой появления различных осложнений болезни, зависимостью от других. Болезнь вызывает переживания, страх за свою дальнейшую судьбу. Каждый больной страдает из-за своей болезни и страха за свою жизнь.

Успех лечения заключается в способности медицинского работника найти нужный подход к больному. Необходимо расположить ребенка к себе, заставить верить каждому своему слову. При разговоре с ним медицинский работник должен следить за культурой своей речи, быть тактичным, внимательным, стараться ободрить, создать у него хорошее настроение, внушить уверенность в выздоровлении. По отношению к родителям больного ребенка медицинские работники должны проявлять вежливость и чуткость; недопустимо принимать подарки и услуги от семьи больного. Атмосфера доброжелательности, ласкового и внимательного отношения к ребенку благотворно сказывается на больном, позволяет преодолеть неприятности, связанные с лечением.

Взаимоотношения медицинских работников с родителями и близкими больного ребенка

Правильная тактика общения среднего медицинского персонала с родными и близкими больного ребенка создает должное психологическое равновесие в межличностных взаимоотношениях: медицинский работник — больной ребенок — его родители и другие родственники. Тактика заключается в следующем:

- ▶ Необходим индивидуальный подход к матери со стороны всех без исключения медицинских работников.
- ▶ Матери, осуществляющие уход за больным ребенком, психически травмированы и могут давать неадекватные реакции. В любых ситуациях надо сохранять внутреннюю сдержанность, внешнее спокойствие и тактичность.
- ▶ Мать больного ребенка должна понимать важность и правильность назначенных врачом и выполняемых медицинской сестрой манипуляций, процедур и т.д.
- ▶ Беседа медицинской сестры с родственниками не должна выходить за рамки ее компетенции: она не имеет права рассказывать о симптомах и возможном прогнозе заболевания и, сославшись на неосведомленность, направить их к лечащему врачу.
- ▶ Несмотря на загруженность, медицинская сестра должна обучать мать правильному уходу за ребенком.

- ▶ Не следует идти «на поводу» у родителей, стремиться выполнить необоснованные требования, например прервать курс назначенных врачом инъекций, изменить режим и диету и т.д.
- ▶ Медицинская сестра и врач должны обращаться к родителям ребенка по имени и отчеству, не допуская фамильярности.

Медицинская тайна

Любой медицинский работник, в том числе медицинская сестра, не имеет права разглашать сведения о больном, полученные во время обследования, лечения, наблюдения. Нельзя вслух высказывать мнение о состоянии больного, прогнозе заболевания, давать оценку лечению. Необходимо правильно хранить медицинские документы. Ни один из документов не должен быть источником разглашения медицинской тайны.

Ятрогенные заболевания

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, ятрогения — психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников (неправильных, неосторожных высказываний или действий).

Незрелость психики маленьких детей ограничивает диапазон психогенных реакций взрослых. Однако необходимо иметь в виду вероятность ятрогенных состояний у матери, которые, в свою очередь, могут повлиять на ребенка. К категории ятрогений следует отнести:

- психосоциальный нанизм;
- госпитализм;
- депривацию.

В этих случаях ятрогения обусловлена невниманием, безразличием к детям. В последнее время чаще наблюдают частичные проявления госпитализма: апатию, навязчивость, утрату навыков опрятности.

Кроме того, выделяют:

- ятрофармакогении — следствие медикаментозного воздействия на больного, например побочные действия препаратов;
- манипуляционные ятрогении — неблагоприятное воздействие на больного в процессе его обследования;
- комбинированные ятрогении — следствие воздействия нескольких неблагоприятных факторов;
- так называемые немые ятрогении — результат бездействия медицинских работников.

Юридическая ответственность медицинской сестры

Соблюдение медицинским работником морально-этических норм предусматривает не только выполнение своих обязанностей, но и несение ответственности за уклонение или непрофессиональное выполнение своих обязанностей. В ряде случаев российское законодательство предусматривает юридическую ответственность медицинских работников за правонарушения:

- ▶ Небрежное отношение к своим обязанностям, повлекшее за собой ухудшение состояния здоровья больного, рассматривают как преступную халатность.
- ▶ Нарушение санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил, если эти нарушения повлекли или могли повлечь за собой распространение эпидемических и других заразных заболеваний, рассматривают как преступление против здоровья населения:
 - грубое нарушение техники манипуляций, повлекшее за собой смерть больного, рассматривают как непредумышленное убийство;
 - хищение лекарственных препаратов и инвентаря рассматривают как хищение государственной или иной собственности;
 - хищение наркотических анальгетиков рассматривают как особо опасное преступление против здоровья населения.
- ▶ Неоказание помощи больному человеку обязанным ее оказать, повлекшее за собой тяжелые последствия (смерть, тяжелое состояние), рассматривают как уголовное преступление.

2.2. ЭТАПЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Врачу-педиатру в его профессиональной деятельности практически всегда помогает медицинская сестра, специфика ее знаний и ее профессиональные навыки в значительной степени определяются современными принципами подготовки медицинских специалистов среднего звена в медицинских училищах и колледжах. Основной предмет, включающий теоретический материал и усвоение практических навыков, — сестринское дело. При работе сестринского персонала учитывают не только физиологические (патофизиологические), но и психологические, социальные проблемы больного и здорового ребенка.

Организация работы среднего медицинского персонала — составная часть системы здравоохранения; она включает деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосо-

циальной помощи и ухода людям, имеющим физические и психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп (Совещание национальных представителей Международного совета сестер, Новая Зеландия, 1987 г.).

В России используют более емкое по смыслу определение, предложенное на I Всероссийской научно-практической конференции медицинских сестер в 1993 г.: «Сестринское дело как часть системы здравоохранения является наукой и искусством, направленными на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в меняющихся условиях окружающей среды».

Философия сестринского дела включает четыре понятия: сестринское дело, личность, окружающую среду, здоровье.

Понятие личности. Объект деятельности медицинской сестры — человек как совокупность физиологических, психосоциальных и духовных потребностей, удовлетворение которых определяет рост, развитие и слияние с окружающей средой. Для каждого пациента сестра создает атмосферу уважительного отношения к его настоящему и прошлому, к его жизненным ценностям, обычаям и убеждениям, принимает необходимые меры безопасности пациента, если его здоровью угрожает опасность со стороны сотрудников или других людей.

Окружающую среду рассматривают как важнейший фактор, оказывающий влияние на жизнедеятельность и здоровье человека. Она включает совокупность социальных, психологических и духовных условий, в которых протекает жизнедеятельность человека.

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

Международным советом медицинских сестер разработан Кодекс поведения медицинских сестер. Согласно кодексу, фундаментальная ответственность медицинских сестер имеет четыре главных аспекта: содействие укреплению здоровья, профилактика заболеваний, восстановление здоровья, облегчение страданий. Кодекс определяет также ответственность медицинских сестер перед обществом и коллегами.

Сестринский процесс — одно из основных понятий современных моделей сестринского дела. Цели сестринского процесса — поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Этапы сестринского процесса

В соответствии с решаемыми задачами сестринский процесс делят на пять этапов.

Первый этап — сестринское обследование

Выделяют следующие методы обследования: субъективный (опрос), объективный (физикальное обследование) и дополнительные методы обследования пациента для определения потребностей пациента в уходе.

При обследовании медицинская сестра собирает информацию методом опроса пациента, родственников, пользуется сведениями из медицинской документации.

Объективный метод — обследование и оценка различных параметров: внешнего вида, состояния сознания, положения, окраски и влажности кожных покровов и слизистых оболочек, наличия отеков. В обследование также входят антропометрия, термометрия, подсчет и оценка частоты дыхания и частоты сердечных сокращений (ЧСС), измерение и оценка АД, физиологических отравлений.

Второй этап — сестринская диагностика или выявление проблем пациента

Данный этап может носить и другое название — «постановка сестринских диагнозов».

Сестринский диагноз — описание характера ответной реакции пациента на нарушение удовлетворения жизненно важных потребностей в связи с заболеванием; во многих случаях это жалобы пациента. Например, при врачебном диагнозе «острый аппендицит» могут иметь место сестринские диагнозы «острая боль в животе», «лихорадка», «тошнота и рвота», «страх перед операцией».

Сестринская проблема появляется тогда, когда пациент в силу тех или иных причин (возраста, болезни, травмы или ее последствий, отсутствия необходимых знаний и навыков) не в состоянии самостоятельно справиться с удовлетворением жизненно важных потребностей организма. Возникает дефицит самостоятельного ухода и, как следствие, необходимость в физической или консультативной помощи.

Сестринский диагноз — профессиональный информационный инструмент для систематизации сестринских проблем по видам.

В детской практике выделяют два вида проблем:

- реальные или приоритетные проблемы — нарушения процессов жизнедеятельности и развития ребенка, связанные с уходом, психологические, социальные;
- потенциальные — риск осложнений и неотложных состояний, которые могут возникнуть с течением времени.

Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, вызывающие развитие этих проблем или способствующие ему, сильные стороны

пациента, которые он может противопоставить проблемам. При наличии нескольких проблем сестра должна определить приоритетную проблему. Приоритеты классифицируют как первичные и вторичные. Первичным приоритетом обладают проблемы, которые в первую очередь могут оказать пагубное влияние на больного.

Второй этап завершается установлением сестринского диагноза и определением направления сестринского ухода.

Врачебный диагноз сконцентрирован на распознавании патологических состояний. Сестринский диагноз основан на описании реакций пациентов на проблемы, связанные с заболеванием.

Примеры проблем:

- ограниченность самообслуживания;
- нарушение нормальной жизнедеятельности организма;
- психологические и коммуникативные нарушения;
- проблемы, связанные с жизненными циклами.

Примеры сестринских диагнозов:

- «дефицит гигиенических навыков и санитарных условий»;
- «снижение индивидуальной способности к преодолению стрессовых ситуаций»;
- «беспокойство».

Третий этап — планирование и определение целей сестринской помощи

Третий этап сестринского процесса включает определение вместе с пациентом желаемых результатов ухода. Планирование работы медицинской сестры по удовлетворению потребностей необходимо осуществлять в порядке приоритетности (первоочередности) проблем пациента. При наличии нескольких проблем устанавливают очередность их решения с учетом их градации:

- неотложные, угрожающие жизни;
- приоритетные, угрожающие здоровью, но не опасные для жизни;
- вторично-приоритетные проблемы, то есть требующие минимальной поддержки и не имеющие прямого отношения к заболеванию и прогнозу.

Обязательно предусматривают участие в процессе ухода за больным и его лечении родителей или самого ребенка.

После определения приоритетов рассматривают пути решения каждой проблемы и способы достижения цели. Для достижения цели необходимо учитывать требования к ее постановке:

- реальность, достижимость (например, нельзя ставить цель «пациент похудеет за 3 дня на 10 кг»);

- конкретные сроки достижения (по срокам существует два вида целей: краткосрочные — меньше одной недели; долгосрочные — недели, месяцы, часто после выписки);
- отнесенность к сестринской компетенции.

Для достижения цели необходимо решение конкретных задач сестринской помощи и ухода:

- добиться улучшения состояния здоровья ребенка;
- улучшить его возможности в плане самообслуживания;
- предотвратить потенциальные угрозы здоровью;
- облегчить ситуацию, в которой он находится.

Цели могут быть краткосрочные (достигаются за 1–2 нед) и долгосрочные. О достижении краткосрочных целей можно говорить применительно к оказанию помощи детям в стационаре, о долгосрочных — при уходе в отделениях и центрах восстановительного лечения, на дому.

Четвертый этап — сестринское вмешательство

Возможный вариант вмешательства для достижения цели выбирает медицинская сестра с участием врача-педиатра, соблюдая основные требования к сестринской помощи: безопасность, соответствие возрасту и состоянию здоровья, согласованность с лечением, проводимым другими специалистами.

Существует три вида сестринского вмешательства:

- зависимое — на основании предписаний врача и под его наблюдением (например, инъекции антибиотиков каждые 4 ч, смена повязок, промывание желудка);
- независимое — действия медицинской сестры по собственной инициативе, на основании собственных знаний и умений, которые она планирует и выполняет самостоятельно, без указаний и назначений врача (например, оказание помощи пациенту в самообслуживании, организация досуга пациента);
- взаимозависимое — действия, которые медицинская сестра выполняет в сотрудничестве с врачом и другими специалистами.

Пятый этап — оценка результатов работы

На пятом этапе сестринского процесса медицинская сестра определяет, достигнута ли цель и какова эффективность реализации сестринского ухода. На этом этапе медицинская сестра определяет:

- степень достижения поставленных целей;
- ответную реакцию пациента на вмешательства;
- соответствие полученного результата с ожидаемым результатом;
- активный поиск и оценку новых проблем пациента.