**Государственное автономное профессиональное** **образовательное учреждение**

**Саратовской области**

**«Вольский медицинский колледж им. З.И. Маресевой»**

Дисциплина **«Основы медицинских знаний»**

**Специальность «Фармация»**

**(обучение по ускоренной и сокращенной**

**образовательной программе)**

2019г.

Рассмотрено и утверждено на заседании ЦМК специальных дисциплин протокол № 1 от 2 сентября 2019 г.

**Методические указания**

 На отделении переподготовки специалистов для студентов, обучающихся по индивидуальному плану, предусмотрено выполнение контрольной работы.

Выполнению контрольной работы должно предшествовать полное усвоение курса по темам, которые представлены в учебно-тематическом плане. Каждый студент должен выполнить один вариант контрольной работы.

 Студенты, фамилии которых начинаются с букв :

 А,Д, К, П, Ф, Щ- выполняют вариант № 1

Г, И, О, У, Ш - вариант № 2

В,З, Н, Т, Ч, Я - вариант № 3

Ж, М, С, Ц, Ю - вариант № 4

Б, Е, Л, Р Х, Э- вариант № 5

Контрольная работа по каждому варианту состоит из двух частей: теоретические вопросы и творческое задание.

Обе части контрольной работы вкладывайте в ОДНУ папку.

*Теоретические вопросы* подразумевает:

- ответы на поставленные вопросы в полном объеме, в распечатанном виде

Текст работы оформляется на бумаге стандартного формата А-4 (210х290 мм) в печатном виде (шрифт Times New Roman, кегль 14, межстрочный интервал — полуторный, выравнивание — по ширине).

В конце работы необходимо указать, какой литературой студент пользовался при её выполнении.

*Творческое задание* подразумевает:

- создание буклета и мультимедийной презентации по заданной теме

Требования к презентации:

1. презентация должна содержать не менее 10 слайдов
2. первый слайд должен отражать название работы и сведения об исполнителе (ФИО слушателя, № группы)
3. последний слайд — список источников, использованных при выполнении работы
4. работа не должна быть перегружена текстом,
5. презентация должна содержать иллюстрации отражающие тему
6. все презентации сдаются в учебную часть в РАСПЕЧАТАННОМ ВИДЕ, вложенные в файлы и папки.

Требования к изготовлению буклетов:

1. Содержание раскрывает цель и задачи исследования.
2. Размещены наиболее важные сведения.
3. Краткость изложения информации.
4. Достоверность информации.
5. Лаконичность текста.
6. Завершенность.
7. Доступность текста.
8. Наличие ссылок, сведений о происхождении информации.
9. Разумная достаточность эффектов для привлечения внимания.
10. Объем информации.
11. Правильно подобранные шрифты.
12. Использование дополнительных заголовков для легкости чтения.
13. Наличие иллюстраций по теме.
14. Отсутствие орфографических и пунктуационных ошибок.
15. Указание автора проекта.
16. Наличие названия проекта, учебного заведения, населенного пункта.
17. Эстетичность оформления.

Стандартный буклет имеет размеры в готовом виде 210х297 мм, дообрезной формат 214х301 мм (по 2 мм с каждой стороны на подрезку) и две линии сгиба (2 фальца). При изготовлении буклета следует учитывать, что после фальцовки первая и последняя страницы буклета должны иметь одинаковые размеры (после подрезки), а часть буклета, которая заворачивается внутрь – должна быть на 2-3 мм меньше. Т.е. для стандартного буклета первая и последние полосы будут иметь размер по 100 мм (после обрезки), а для части, заворачиваемой внутрь – 97 мм (после обрезки).

Работы выполненные не по своему варианту, проверяться не будут.

Работа сдается в учебную часть до

*Схема титульного листа*:

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Саратовской области «Вольский медицинский колледж им. З.И.Маресевой»

Контрольная работа по дисциплине:

**«Основы медицинских знаний»**

Вариант № \_\_\_\_

Выполнил: студент группы №\_\_\_

специальности 33.02.01 Фармация

Фамилия Имя Отчество

Принял: преподаватель Назарова Е.К.

Проверено:

Теория \_\_\_\_ Творческая часть\_\_\_\_\_\_\_\_

2019 г.

Работа завершается выполнением заданий по вариантам. В конце работы необходимо указать, какой литературой пользовался обучающийся при ее выполнении.

Т**ематический план по дисциплине «Основы медицинских знаний».**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Наименование тем и разделов |
| **Раздел 1** | **Теория и практика сестринского дела.** |
| **Тема 1.1.**  | История и философия сестринского дела. |
| **Тема 1.2.**  | Общение и обучение в сестринском деле. |
| **Тема 1.3** | Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела. |
| **Тема 1.4.** | Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу. |
| **Тема 1.5.** | Потребность пациента в нормальном дыхании. |
| **Тема 1.6.** | Потребность пациента в адекватном питании и питье. |
| **Тема 1.7.** | Потребность пациента в физиологических отправлениях. |
| **Тема 1.8.** | Потребность пациента в движении. |
| **Тема 1.9.** |  Потребности пациента в сне, одежде (надевании, раздевании. выборе); осуществлении личной гигиены. |
| **Тема 1.10.** | Потребности пациента в поддержании нормальной температуре тела, безопасной окружающей среды. |
| **Тема 1.11.** | Потребности пациента в общении, труде и отдыхе. Сестринский процесс при боли. |
| **Раздел 2**. | **Обеспечение инфекционной безопасности. Обеспечение производственной санитарии и личной гигиены на рабочем месте.** |
| **Тема 2.1.** | Внутрибольничная инфекция |
| **Тема 2.2**. |  Дезинфекция. |
| **Тема 2.3**. | Предстерилизационная очистка инструментов. Стерилизация. Принципы работы централизованного стерилизационного отделения. |
| **Раздел 3**. | **Безопасная среда для пациента и персонала.** |
| **Тема 3.1.** |  Организация безопасной среды для пациента и персонала. **.** Участие в санитарно-просветительской работе среди населения |

**Тема 1.1 История и философия сестринского дела.**

Когда говорят об истории медицины, чаще вспоминают фамилии великих врачей: Гиппократа, Галена, Ибн-Сины, Пирогова, Боткина, Склифосовского, Бехтерева, Илизарова и многих других, а также историю развития диагностики, фармакологии, деонтологии и других составных частей врачевания. В то же время совершенно забывают о роли медицинских сестёр, фельдшеров, акушерок.

Когда и как появилось сестринское дело как понятие и как практическая деятельность по уходу за больными? Ознакомление с рядом историко-медицинских работ отечественных и зарубежных авторов позволило сделать вывод о том, что сестринское дело старше медицины и цивилизации. Это материалы палеопатологического характера, выявленные при археологических раскопках и свидетельствующие о том, что люди мустьерского времени (около 100 тыс. лет до н.э.) выжили после переломов, ран, ритуальных трепанаций благодаря выхаживанию.

Как специальность сестринское дело сформировалось в середине XIX в., почти одновременно в России и на Западе, а к концу XX в. в США и других странах достигла расцвета. В России же предстало в виде одной из самых низкооплачиваемых и непрестижных специальностей.

Попытки понять причины, породившие создавшуюся ситуацию и мешающие выходу из неё, приводят нас к необходимости проследить историю становления сестринского дела в мире в целом, и в России в особенности.

Что же нам даёт история? Она позволяет узнать о событиях прошлого, помогает выявить связь далеких событий с нашей жизнью. История наделяет нас чувством сопричастности, предоставляет возможность обнаружить свои корни в тех цивилизациях и народах, которых уже нет. Она даёт нам шанс избежать ошибок путём извлечения уроков из прошлого.

Знакомство с историей развития сестринского дела обращает нас к корням этой уникальной профессии, знакомит с факторами, которые влияли и влияют на развитие и становление сестринского дела во всём мире и в нашей стране.

Изучение истории призвано воссоздать забытое, напомнить об уцелевшем и призвать к его сохранению, воздать должное тем, кто в меру сил и возможностей в соответствии с духом времени творил благие дела во имя любви к людям. Открывая события далекого прошлого, мы открываем для себя имена целой плеяды благотворителей. Представители различных сословий отдавали нуждающимся то, что имели: одни - состояние, другие - силы и время. Это были люди, получавшие удовлетворение от сознания собственной пользы, служения своему отечеству. Они оставили нам памятники доброты и милосердия. Наша задача - помнить и хранить их.

Истоки врачевания

**История нужна для воспоминаний и осмысления происхо­дящего сегодня, чтобы извлечь уроки и избежать ошибок пред­шественников.**

История медицины своими корнями уходит в глубь веков. В современном понимании медицина стала наукой в Древней

Греции и, несомненно, связана с медициной древних куль­тур Востока: египетской, вавилонской, индийской.

Уже при рабовладельческом строе складываются два направ­ления врачевания: народная и храмовая медицина.

Золотой век Греции оставил нам имена **великих** врачевателей:

**Асклепий**(VI—V века до н.э.) — почитался богом врачебно­го искусства и вошел в историю медицины под именем Эску­лап. Асклепия изображали в виде старца, опирающегося на посох, обвитый змеей. Змею считали символом мудрости, здоровья и бессмертия, поэтому эмблема медицины — змея, обвивающая чашу. От имени «Асклепий» произошло слово асклепионы — лечебницы — прообраз современных санатори­ев. В искусстве врачевания Асклепию помогали его дочери — Панакея (покровительница лекарственного врачевания, от ее имени произошло слово «панацея» — универсальное средство от болезней) и Гигея (ее имя вошло в историю разделом ме­дицины — гигиена). Согласно греческой мифологии врачи **Махаон**и, **Подалирий** считались сыновьями Асклепия.

**Гиппократ**(V век до н.э.) — знаменитый врач древности — родился на острове Кос. Легенда о Гиппократе прошла через века, передаваясь из поколения в поколение.

По отцу, которого звали Гераклит, он принадлежал к знат­ному роду врачей. Гиппократ жил в период величайшего внут­реннего расцвета Греции, когда каждая отрасль человеческой деятельности имела своих выдающихся представителей. Его наследие — труды, посвященные целостности организма, здо­ровому образу жизни, этические аспекты — не устарели до нашего времени. Это был врач-философ, сочетавший в себе врачебный опыт с большим пониманием людей и окружав­шей природы. Гиппократа справедливо называют «отцом ме­дицины». Работы Гиппократа явились основой для современной курортологии, гигиены, медицинской географии, диетологии. Созданная им школа положила начало фунда­ментальным принципам теории и практики медицины. Он неустанно заботился о достоинстве врача и питал глубокое отвращение к шарлатанам, порочащим высокое искусство ме­дицины.

В Древней Греции медицина была семейной профессией и передавалась от отца к сыну — секреты этого искусства сохранялись внутри рода или семьи. Такая система подготовки врачей получила название семейной медицинской школы. По­зднее рамки семейных школ расширились: в них за определен­ную плату стали принимать учеников — не членов рода.

Врачи в Древней Греции практиковали в городах, войс­ках, служили при правителях или же странствовали из одного города в другой.

Опыт греческих, римских, индийских и среднеазиатских вра­чей обобщил в труде «Канон врачебной науки» великий средне­азиатский ученый, врач, философ **Ибн Сипа**(980—1037 гг.), прозванный в Европе **Авиценной.**«Канон» многие века был ру­ководством для медиков средневековой Европы, знание его со­держания считалось обязательным для каждого врача.

У народов Древнего мира за больными людьми ухаживали близкие и родственники. В основе медицины лежало враче­вание, но не было людей, профессионально занимающихся уходом.

Развитие и становление сестринского дела за рубежом. Роль Флоренс Найтингейл в сестринском деле

История женского служения больным и раненым восходит к истокам христианства.

Когда на картах мира появилось государство Московия, в Европе уже веками существовали добровольные объединения лиц, посвятивших себя уходу за больными и ранеными. Хрис­тианская церковь с самого начала своего существования взяла на себя заботу о бедных и больных: обязанность эта лежала на диаконах и диаконисах (в переводе с греческого — служители).

Эпоха средневековья создала условия для появления боль­ниц и госпиталей, которые предназначались не столько для больных, сколько для странников, пилигримов, нищих. В XI—XIII веках во многих городах Западной Европы со­здаются общины женщин и духовные попечительства для боль­ных, госпитальные братья и сестры посвящали свою жизнь уходу за больными, престарелыми людьми.

Традиция женского медицинского служения возобновилась в XVII веке во Франции. Священник Викентий Поль органи­зовал первую общину и школу **сестер милосердия,** в которой будущие сестры получали теоретическую подготовку. Его опыт был распространен по многим странам Европы. Так был со­здан **Институт сестер милосердия**— первая попытка организа­ции обучения сестричества.

**В. Поль** ввел в сестринском деле термины **«сестра милосер­дия», «старшая сестра».**

Опыт сестринского ухода стал востребованным многими странами в период военных действий.

Крымская война (1853—1856 гг.) потребовала качественно нового, квалифицированного ухода за больными и ранены­ми. Идея помощи раненым силами сестер милосердия яви­лась предпосылкой для организации Общества Красного Кре­ста. Основоположником организации стал гражданин Швей­царии Анри Дюнан. Он был поражен страданиями раненых и деятельностью англичанки Ф. Найтингейл, Н.И. Пирогова и его отряда сестер во время войны. Эмблемой общества стал красный крест на белом полотне (флаг родины Дюнана — белый крест на красном). Судьба не была благосклонна к А. Дюнану — он умер в нищете, так и не прикоснувшись к Нобелевской премии. Инициатором и вдохновителем созда­ния организации выступила **Флоренс Найтингейл.**

Флоренс Найтингейл родилась 12 мая 1820 г. в аристокра­тической английской семье во Флоренции, где она появилась на свет во время путешествия ее родителей. Образованием дочери занимался отец, он сам учил ее языкам: греческому, латинскому, французскому, немецкому и итальянскому, за­нимался **с**ней историей, математикой и философией.

С ранних лет Флоренс была застенчивой и не по годам серьез­ной девочкой. Идея службы в госпитале пришла совсем нео­жиданно, как озарение. Она много путешествовала, изучала организацию работы в госпиталях. Ухаживая за своими род­ными, Флоренс начинает все больше осознавать необходимость *специального образования для ухода*за больными людьми, хотя **общество того времени традиционно считало, что для ухода за больными не нужно никаких знаний**— выполнение этих функций входило в обязанности каждой женщины. В 1849 году она посетила Институт диаконис в Кайзерверте (Германия) и возвратилась в Англию с твердым намерением стать сестрой милосердия.

В 1851 году Флоренс против воли родителей едет в Герма­нию в школу для обучения уходу за больными. Через два года она стала управляющей небольшой частной больницей в Лон­доне.

В марте 1854 года Англия и Франция объявили войну Рос­сии. Флоренс собирает отряд медсестер и 5 ноября 1854 г. прибывает на турецкий театр боевых действий. Появление женщин было воспринято врачами с большой неприязнью — медсестрам даже запретили входить в палаты.

Мисс Найтингейл и медсестры принялись за титанический труд: чистили бараки, устраивали печи, организовывали го­рячее питание, обмывали и перевязывали раненых, ухажива­ли за больными. Флоренс приводили в отчаяние случаи амо­рального поведения и пьянства медсестер, которых она была вынуждена отправлять домой. После 8 часов вечера мисс Най­тингейл запретила всем женщинам входить в палаты, в ноч­ные часы уход обеспечивали выздоравливающие солдаты. Каждую ночь она сама делала обходы, проверяя качество ухо­да за самыми тяжелыми больными. Так родился образ жен­щины с лампадой в руке — символ милосердия и сестринско­го дела.

Последовательное проведение в жизнь принципов санита­рии и ухода за ранеными принесло свои результаты: менее чем за шесть месяцев смертность в лазаретах снизилась с 42 до 2,2%.

В своей книге «Записки о госпиталях» Ф. Найтингейл пока­зала связь санитарной науки с организацией госпитального дела.

Вся жизнь этой замечательной женщины была посвящена развитию сестринского дела. А когда в 1855 году Флоренс за­болела крымской лихорадкой, то о здоровье женщины-леген­ды беспокоилась вся страна, включая королеву Викторию.

В конце 1856 года Флоренс вернулась в Англию и организо­вала сбор пожертвований с целью создания школы для подго­товки сестер милосердия. В 1860 году она открыла в Лондоне в

госпитале первую современную сестринскую школу нового типа. Созданная мисс Найтингейл система подготовки мед­сестер послужила основой современного преподавания сест­ринского дела во всем мире; ее школа фактически стала моде­лью подготовки управленческого и педагогического звена сес­тринского персонала.

В своей книге «Записки об уходе» (1860 г.) она впервые:

■ выделила две области в сестринском деле — уход за боль­ными и уход за здоровыми;

■ дала определение сестринского дела;

■ показала отличие сестринского дела от врачебного;

■ провела анализ влияния санитарно-гигиенических фак­торов на состояние здоровья.

Вторая половина XIX века — возникновение сестринского дела как профессии. С этого времени можно говорить о разде­ле медицины гипургии — «уходе за больным».

В 1883 году Ф.Найтингейл была награждена Королевским Красным Крестом, а в 1907-м — орденом «За заслуги».

В 1901 г. Ф. Найтингейл ослепла. Умерла она в один год с А. Дюнаном (1910 г.) и похоронена в кафедральном соборе Святого Павла в Лондоне.

Имя Флоренс Найтингейл стало символом милосердия во всем мире. Всю свою жизнь она посвятила служению сест­ринскому делу. Благодаря этой женщине был поднят престиж профессии медицинской сестры, сестринское дело определе­но как наука и одновременно искусство, требующее опреде­ленной специальной подготовки. В Лондоне ей воздвигнут памятник.

В 1912 году Лига Международного Красного Креста и Красно­го Полумесявд учредила медаль имени Флоренс Найтингейл—до сих пор самую почетную и высшую награду для сестер мило­сердия во всем мире. Этой медалью награждают лучших сес­тер в день рождения Ф.Найтингейл. Первые медали в нашей стране были присуждены двум участницам Великой Отече­ственной войны: Герою Советского Союза фельдшеру Левченко Ирине Николаевне и хирургической сестре Савченко Лидии Филипповне.

Обязательство Ф. Найтингейл дают выпускники медицин­ских колледжей и училищ. Выпускники медицинских ВУЗов принимают присягу врача России.

ОБЯЗАТЕЛЬСТВО Ф. НАЙТИНГЕЙЛ

Я торжественно перед Богом и в присутствии этого собра­ния даю обязательство:

провести мою жизнь в чистоте и верно служить моей про­фессии. Я буду воздерживаться от всего, что влечёт за собой вред и гибель, и не стану брать или сознательно давать вредо­носное лекарство. Я сделаю все, что в моих силах, чтобы под­держать и возвысить уровень моей профессии, а также обе­щаю держать в тайне все личные вопросы, относящиеся к мое­му ведению, и семейные обстоятельства пациентов, ставшие мне известными в ходе моей практики.

С верностью я стану стремиться помогать врачу в его работе и посвящу себя благополучию тех, кто доверился моей заботе.

История сестринского дела в России

Известно, что еще в глубокой древности женщины неред­ко посвящали свою жизнь уходу за престарелыми, больными и инвалидами.

В X веке дочь князя Рюрика княжна Ольга организовала первую больницу на Руси.

В XI веке появляются «бабы-вдовицы» (повивальные баб­ки), в их обязанности входило крещение новорожденных и оказание помощи во время родов.

В XII—XIII веках при церквях и монастырях в Москве со­здаются «больничные палаты». Необходимое лечение больных и раненых в периоды эпидемий и войн проводилось в монас­тырских больницах. Слово «больница» означает: то место, где боль кладет человека ниц.

В 30-х годах XII века внучка Владимира Мономаха Евпрак-сия—Зоя занималась народной медициной. Она стала первой русской женщиной, ступившей на нелегкую стезю медицины.

Написала первый отечественный медицинский трактат «Мази», который был уникален для того времени. Труд вклю­чает вопросы физиологии, гигиены, пропедевтики и профи­лактики некоторых заболеваний.

Лечебной деятельностью на Руси занимались лекарки, ве­дуньи, знахарки. Они помогали и знати, и простолюдинам.

Многочисленные летописные источники XIV—XV веков упоминают имена крестьянской девушки Февронии, княжес­кой дочери Ефросиний, Феодосии Морозовой, по зову серд­ца занимавшихся уходом за больными людьми.

В XVI веке лекарки выполняли функции акушерок, впос­ледствии — педиатров. Из записок иностранцев о Москве XIV—XVI веков: «В обиходе совсем нет ни врачей, ни апте­карей».

В XVIII век Россия вступила с Петром I. Благодаря этому царю произошли значительные преобразования организации медицинской помощи в Российском государстве.

В 1715 году вышел Указ о службе женшин в воспитатель­ных домах для ухода за больными детьми. Это был первый шаг по привлечению женщин к лечебной работе. Начинани­ям Петра не суждено было сбыться: Екатерина I удалила жен­щин из больниц, и впоследствии роль сиделок выполняли отставные солдаты.

Основное внимание в петровские времена уделялось созда­нию военных медицинских учреждений, и поэтому в 1707 году в Москве был построен госпиталь, при котором была открыта первая в России медико-хирургическая школа. В дальнейшем аналогичные школы по подготовке лекарей стали открывать при госпиталях в Петербурге и Кронштадте. С 1741 года в гос­питальные школы проводили набор учеников из солдатских семей. Через 5 лет обучения они получали специальность ци­рюльника или подлекаря и направлялись в армию. Позже их стали называть фельдшерами. «Фельдшер» в переводе с не­мецкого языка означает «полевой брадобрей».

Женский труд вновь стали применять только в середине XVTII века в гражданских больницах, уход за больными осу­ществляли «бабы-сидельницы» — это были жены или вдовы больничных солдат. Но эта служба была распространена толь­ко в Петербурге и Москве.

В начале XVIII века в Москве оказывают акушерское посо­бие первые «ученые» повивальные бабки, получившие подго­товку за рубежом. Первое родовспомогательное учреждение было создано в 1764 году (до этого в России не было ни одно­го родильного дома). Вскоре в Петербурге был открыт Пови­вальный институт — родовспомогательное и образовательное учреждение.

В 1803 году при воспитательных домах открывают «вдовьи дома» — приюты для бедных вдов, где женщины получали навыки по уходу за больными. Этих женщин называли сердо­больными вдовами.

**Сестринское дело в России получает развитие с 1803 года** с организацией службы сердобольных вдов — предшественниц сестер милосердия.

Благодаря императрице Марии Федоровне русские женщи­ны были привлечены к лечебной работе, и это было новым явлением в общественной жизни страны. Сердобольных вдов стали направлять для работы в больницы. В торжественной обстановке они давали клятву служения избранному делу по уходу за больными. Эта форма профессионального участия женщин в уходе за больными была единственной до середины XIX века.

Интересно отметить, что с Мариинской больницей, в ко­торой служили сердобольные вдовы, связана судьба великого русского писателя Ф.М. Достоевского. Он родился в больни­це, в семье врача, здесь прошло его детство и отрочество. Тяжелый быт вдов описан А. Куприным в рассказе «Святая ложь». После смерти отца четырехлетний Саша Куприн вмес­те с матерью — княжной, калекой, за неимением средств ока­зался в общей палате вдовьего дома.

1812 год — война с Наполеоном. Жизнь показала, что при большом поступлении раненых и больных лечебные учрежде­ния были не в состоянии обойтись без вспомогательного жен­ского труда. Поэтому в 1816 году при Московском госпитале была открыта специальная фельдшерская школа на 150 мест;

в 1818 году — курсы сиделок и Институт сердобольных вдов. Обучение проводили по учебникам X. Оппеля. С именем этого врача связано начало специальной подготовки женщин в Рос­сии в качестве медперсонала.

В 1832 году при Голицынской больнице открывают фель­дшерскую школу для мальчиков, в 1854 году — для женщин. Всего к 1911 году было открыто 27 фельдшерских школ.

Организация общин сестер милосердия — **40—50-е годы XIX столетия.**

Трудно представить, но до середины XIX столетия в ле­чебных учреждениях за больными ухаживали и помогали вра­чам медбратья.

Первая община сестер милосердия в России — Свято-Тро­ицкая — была создана в Петербурге в 1844 году.

В сестры милосердия принимали вдов и девиц 20—40 лет. В течение года испытуемые проходили курсы обучения и на деле проверяли свои душевные и физические качества. Изу­чали правила ухода за больными, способы перевязки ран, фармацию и рецептуру. В торжественной обстановке жен­щин посвящали в сестры милосердия. Однако для оказания помощи раненым на театре военных действий женщин долгое

время не привлекали — в обществе бытовало мнение, что толь­ко падшая женщина может ухаживать за ранеными мужчинами.

В 1854 году в Петербурге по инициативе и на средства ве­ликой княгини Елены Павловны, сестры Николая I, образо­вана знаменитая Крестовоздвиженская община для подготов­ки медсестер с целью оказания помощи раненым. Женщины в течение двух-трех месяцев проходили стажировку, а затем их направляли на фронт в Севастополь. Преподавали в общине известные врачи, в том числе и сам Н.И. Пирогов.

«Интерес к делу ухода за больными и ранеными просыпал­ся у общества с началом крупных военных кампаний, когда перед глазами энтузиастов возникал в туманной дымке герои­ческий образ женщины, перевязывавшей кровавые раны уми­рающего солдата».

Многие русские женщины и девушки оказывали раненым помощь в условиях тяжелой боевой обстановки. Среди них — 15-летняя Даша Михайлова, любовно прозванная защитни­ками города Дашей Севастопольской — личность легендарная. По зову сердца пошла она на фронт, в труднейших условиях оказывала помощь раненым на перевязочных пунктах, затем в госпиталях. Фактически она стала первой сестрой милосер­дия до прибытия Пирогова с его отрядом медицинских сес­тер. Дашу высоко ценил Н.И. Пирогов, по приказу Нико­лая I она была награждена золотой медалью «За храбрость» и крупной денежной премией.

Впервые в мировой истории сестры милосердия стали ока­зывать помощь раненым и больным на поле битвы.

*Екатерина Александровна Хитрово*

(1805—1856 гг.) начала свой милосерд­ный путь в Одесской общине сердо­больных сестер, позднее возглавила ее. В сложный для Крестовоздвиженской общины момент, во время Крымской кампании, уступая настой­чивым просьбам великой княгини Еле­ны Павловны и Н.И. Пирогова, по­винуясь долгу, она отправилась на те­атр военных действий и смогла наладить

деятельность своей общины в трудных военных условиях, тем самым сохранив ее.

Екатерина Александровна всю жизнь трудилась наравне с дру­гими сестрами милосердия, и это стало причиной смерти: она заразилась сыпным тифом и скончалась на 51 -м году жизни.

*Екатерина Михайловна Бакуни­на*(1812—1894 гг.) — истинная мос­ковская аристократка, глубоко веру­ющий человек. Узнав в 1854 году о формировании в Санкт-Петербурге Крестовоздвиженской общины в свя­зи с Крымской войной, несмотря на сопротивление родственников, она стала полноправной сестрой общи­ны: прошла необходимый подгото­вительный курс, приняла присягу и выехала с третьим отрядом сестёр в Севастополь. Екатерина Михайлов­на смогла в короткий срок стать не только хорошей операционной сест­рой, но и талантливым руководите­лем в так называемых транспортных отрядах, организованных Н.И. Пироговым. Николай Ива­нович высоко ценил ее, называл «примером терпения и неус­танного труда».

После смерти Е.А. Хитрово Бакунина была признана са­мой достойной для назначения на должность сестры-настоя­тельницы Крестовоздвиженской общины. С большой требо­вательностью Е.М. Бакунина относилась к духовно-нравственным качествам сестер милосердия. Однако её взгляды на дея­тельность общины были иными, нежели великой княгини Еле­ны Павловны. Бакунина с болью и горечью покинула сестер, уехала в Тверскую губернию и вместе со своими родными орга­низовала для крестьян школу и небольшую больницу. Но во время Русско-турецкой войны она вновь отправилась на театр военных действий и продолжала оказывать медицинскую по­мощь раненым.

*Елизавета Петровна Карцева*

(1823—1898 гг.) по возрасту была младше Е.А. Хитрово и Е.М. Баку­ниной.

Уже в Севастополе она обратила на себя внимание Н.И. Пирогова. Он писал о ней: «Е.П. Карцева мо­ложе и неопытнее Хитрово и Баку­ниной, притом она молчаливого и тихого нрава, показала, однако, что у нее много такта, последовательно­сти и особенной самостоятельности в исполнении взятых на себя обязан­ностей». О ее милосердии ходили легенды.  После Е.М. Бакуниной Елизавета Петровна *Карцева*стала сестрой-насто­ятельницей Крестовоздвиженской общины. Но служила в ней недолго, в 1870 году она возглавила Георгиевскую общину сестер милосердия Российского Красного Креста.

Н.И. Пирогов дал такую оценку: «Всякий вечер до перво­го часа ночи я провожу с Хитрово, Бакуниной и Карцевой. Это три столпа общины».

Е.А. Хитрово, Е.М. Бакунина, Е.П.Карцева являются тем идеалом, к которому стремились сестры милосердия XIX, XX веков и, несомненно, будут стремиться в XXI столетии.

В целях поощрения и увековечения заслуг сестер милосер­дия в Крымской войне был учрежден позолоченный крест, 158 сестер были награждены этим крестом. Н.И. Пирогов писал: «Нельзя было не дивиться их усердию, деятельности при ухаживании за больными и их истинно стоическому самоотвержению».

После войны сердобольные вдовы из Санкт-Петербурга работали в Мариинской больнице и больнице Св. Марии Магдалины. В 1882 году институт сердобольных вдов был упразднен.

1863 год — год рождения профессии медицинской сестры в России: подписан приказ о службе женщин в госпиталях.

Крымская война показала положительный опыт женского ухода за ранеными и больными. Многие врачи, и впервую очередь Пирогов, стали пропагандировать идею использова­ния образованного ухаживающего персонала, доказывая за­висимость лечения от профессионализма сестер милосердия.

*Создание и развитие Российского общества Красного Креста*

В1867 году в России создано Российское общество попе­чения больных и раненых, в 1876 году оно было переимено­вано в Российское общество Красного Креста и вошло в со­став международного Красного Креста. Это общество было сформировано благодаря героической деятельности общин се­стер милосердия, усилиям великой княгини Елены Павлов­ны, Н.И. Пирогова и православной церкви. В работе обще­ства активное участие многие годы принимали знаменитые русские врачи Н.И. Пирогов, СП. Боткин, Н.В. Склифосовский, Н.Н. Бурденко, СИ. Спасокукоцкий.

В 1868 году в Москве была учреждена первая община Крас­ного Креста; в ***1870 году организована Георгиевская община*** (одна из самых известных), ее возглавляла Елизавета Карце­ва. Многие общины сестер милосердия были переданы в ве­дение Красного Креста.

Основные функции общества: подготовка квалифицирован­ных медсестер и оказание бесплатной медицинской помощи. В других странах организации готовили сестер только для ока­зания помощи пострадавшим в условиях военных действий.

Общины имели свой устав, это были богатые организации со своими лечебницами, амбулаториями, домами для про­живания престарелых сестер.

*Участие сестер милосердия в Русско-турецкой войне*

*1877-1878 гг.*

Непосредственное участие в боевых действиях принимали мно­гие врачи (Н.И. Пирогов, Н.В. Склифосовский, СВ. Боткин) и 118 сестер. Сестры милосердия выполнили свой долг и в эту войну. Н.И. Пирогов дал высокую оценку деятель­ности сестер милосердия во время русско-турецкой войны: «Е.П. Карцева на театре военных действий в Болгарии и Е.М. Бакунина, действовавшая в эту войну в Азиатской Тур­ции, могут служить для нас идеалом старших сестер».

Русско-турецкая война вошла в историю как самая небла­гоприятная в эпидемическом отношении. Многие сестры по­гибли от сыпного тифа, в том числе баронесса Юлия Петров­на Вревская. В числе первых женщин-добровольцев она от­правилась на Балканы сестрой милосердия, отказавшись от светской петербургской жизни. Своим отношением к делу, к больным и раненым баронесса подавала пример всем, кто ра­ботал рядом с ней; своей же смертью привлекла многих рус­ских женщин в ряды сестер милосердия. И.С. Тургенев хоро­шо знал Юлию Петровну и посвятил ее трагической гибели одно из своих стихотворений в прозе:

«На грязи, на вонючей сырой соломе, под навесом ветхого сарая, на скорую руку превращенного в поход­ный военный госпиталь, в разоренной болгарской де­ревушке — с лишком две недели умирала она от тифа.

...Она была молода, красива; высший свет ее знал; о ней осведомлялись даже сановники. Дамы завидовали ей, мужчины за ней волочились... два-три человека тайно и глубоко любили ее. Жизнь ей улыбалась; но бывают улыбки хуже слез.

Нежное кроткое сердце... и такая сила, такая жажда жертвы! Помогать нуждающимся в помощи... она не ве­дала другого счастия... не ведала — и не изведала. Вся­кое другое счастье прошло мимо. Но она с этим давно помирилась — и вся, пылая огнем неугасимой веры, отдалась на служение ближним.

Какие заветные клады схоронила она там, в глубине души, в самом ее тайнике, никто не знал никогда — а теперь, конечно, не узнает.

Да и к чему? Жертва принесена... дело сделано.

Но горестно думать, что никто не сказал спасиба даже ее трупу — хоть она сама и стыдилась и чуждалась всякого спасиба.

Пусть же не оскорбится ее милая тень этим по­здним цветком, который я осмеливаюсь возложить на ее могилу!»

*Сестринское дело XX столетия*

В 1907 году великая княгиня Елизавета Федоровна ос­новала Марфо-Мариинскую общину сестер милосердия, в 1909 году община начала работать. Высокий уровень подго­товки сестер поддерживался ежедневными лекциями опытных врачей. Сама княгиня ухаживала за больными, ассистирова­ла при перевязках. К 1911 году община стала центром мило­сердия в Москве: нуждавшиеся получали безвозмездную ме­дицинскую помощь и лекарства.

Судьба Елизаветы Федоровны трагична — в 1918 году она была казнена вместе с членами императорской семьи, ее пос­ледние слова: «Господи, прости им, не ведают, что творят».

В 1914 году началась Первая мировая война. В России насчитывалось 150 школ при обществе Красного Креста. Со­циальный состав — самый разнообразный: женщины из тру­довой среды, дворянского происхождения, даже женщины из рода Романовых. Императрица Александра Федоровна с дочерьми Татьяной и Ольгой, окончив курсы сестер, оказы­вали помощь раненым и больным в Царскосельском лазарете.

К 1913 году в ведении Красного Креста было 109 общин.

Самоотверженный труд и воинские подвиги российских сестер милосердия достойно оценивало государство. Для награждения сестер милосердия и сестер Красного Креста, от­личившихся в оказании помощи раненым и больным воинам и населению, пострадавшему от стихийных бедствий, в Рос­сийской империи была учреждена система наград. Помимо правительственной Георгиевской медали за героизм и муже­ство при оказании помощи раненым в период войны, сестер милосердия награждали особой медалью РОКК (Российское общество Красного Креста), которая приравнивалась к госу­дарственной награде.

После событий 1917 года в Российском обществе Красного Креста произошли коренные изменения. На I Всероссийском съезде сестер милосердия было основано Всероссийское об­щество сестер милосердия.

В 1920 году по инициативе наркома здравоохранения НА. Семашко открылись школы по подготовке медицинских сестер. Общество рассматривало медсестру как помощника вра­ча в лечебной и профилактической деятельности: «она должна обладать полным знанием среды, в которой ей придется рабо­тать, и умением воздействовать как на самого больного, так и на окружающую среду».

В 1922 году Общество Красного Креста было реорганизо­вано в Общество Красного Креста и Красного Полумесяца.

Годы социалистического правления в России полностью уничтожили деятельность православных общин сестер мило­сердия. На сегодняшний день такие учреждения вновь стали появляться в Москве и в других регионах.

В 1925 году средние учебные заведения стали многопро­фильными: фельдшерско-акушерские школы, школы по под­готовке медсестер, техникумы, курсы с различными сроками обучения, курсы дезинфекторов.

Основой сестринской деятельности наших русских женщин всегда были милосердие и бескорыстие, но с 1926 года сестер милосердия стали называть медицинскими сестрами, так как посчитали, что милосердие — это «поповское» слово.

В 1936 году была создана единая система среднего меди­цинского образования, и техникумы снова стали школами.

В период Великой Отечественной войны Общество Крас­ного Креста проводило массовую подготовку санитарных и се­стринских кадров, обучение населения. В настоящее время одно из приоритетных направлений деятельности Российско­го общества Красного Креста — это оказание медико-соци­альной помощи слабо защищенным слоям населения.

В 1953 году многопрофильность средних учебных заведе­ний устранена — школы стали называться медицинскими учи­лищами.

В 1965 году решен вопрос о целесообразности открытия медучилищ при крупных многопрофильных больницах; созданы курсы повышения квалификации для средних медработ­ников.

Сестринская помощь в России (1919—1989 гг.) имела ос­новательную теоретическую, практическую и организацион­ную базу. Лучшие профессиональные качества медицинских сестер сформулированы в этом историческом отрезке. Сест­ры ассоциировались в общественном сознании как положи­тельные, героические личности, способные на самоотвержен­ность, титанический безвозмездный труд. В развитии этого направления были существенные недостатки, в частности, отрыв от международных сообществ.

*Конец 80-х годов — реорганизация сестринского дела*

Сестринская помощь все это время рассматривалась в рам­ках «ухода за больными». Сестринское дело (СД) вошло в про­фессиональный лексикон совсем недавно. На протяжении многих десятилетий в нашей стране медсестру готовили толь­ко для «выполнения разных вспомогательных функций, на­значаемых врачом». Отсутствие научных принципов и подхо­дов к системе подготовки и использования сестринского пер­сонала, неясные перспективы профессионального роста, тя­желые условия труда и низкая оплата труда привели к тому, что в России профессия медсестры становилась все менее пре­стижной, и социальный статус ее неуклонно снижался.

В 1991 году организован факультет высшего сестринского образования в Москве (государственная медицинская акаде­мия им. Сеченова, возглавила Перфильева Г.М.) и Самаре.

В 1992 году создана Московская ассоциация медицинских сестер — первая ассоциация в России.

В 1993 году в Голицыно был проведен Международный семинар по реформе сестринского образования и сестринской практики «Новые сестры для новой России». Цели и задачи семинара:

■ сформировать новое видение СД в России через миро­вой опыт изучения предмета и создание учебных моду­лей по сестринскому образованию;

■ ознакомить российских медсестер с международным опы­том СД;

обсудить роль сестринского персонала в системе здра­воохранения России и необходимость реформы образо­вания и СД для совершенствования сестринской прак­тики.

*Основные направления реформы сестринского дела в России*

создать нормативно-правовую базу сест­ринского дела;

определить философию сестринского дела; создать многоуровневую систему подго­товки специалистов сестринского дела; внедрить сестринский процесс в сестрин­скую практику.

Сегодня сестринское дело определяют как «часть медицинского ухода за здоровьем, наука и искусство, направленное на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды». (город Голицыно,1993г.)

*Существует несколько определений понятия «сестринское дело»:*

Считается классическим определение, данное американской медицинской сестрой Виржинией Хендерсон в 1961 г. и получившее международное признание: «Сестринское дело... - это оказание помощи человеку, больному и здоровому, осуществление тех действий, имеющих отношение к его здоровью, выздоровлению или спокойной смерти, какие он предпринял бы сам, обладая необходимыми силами, знаниями и волей. И делается это таким образом, чтобы он снова как можно быстрее обрел независимость».

Первое же определение сестринского дела дала легендарная Флоренс Найтингейл в «Записках об уходе» в 1859 году, определив его как «действие по использованию окружающей пациента среды в целях содействия его выздоровлению».

В 1994 году создана Межрегиональная ассоциация меди­цинских сестер России.

Задачи организации:

■ повышение роли медсестры в системе здравоохранения, поднятие престижности профессии;

■ защита профессиональных прав;

■ повышение качества медпомощи;

■ улучшение условий труда и повышение зарплаты;

■ повышение уровня квалификации медсестер и их обра­зования;

■ возрождение традиций сестринского милосердия.

В 1995 г. Впервые в России Г.М.Перфильева – лидер сестринского дела, инициатор создания факультета высшего сестринского образования в Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова – защитила докторскую диссертацию на тему: «Сестринское дело в России». К настоящему времени защищено несколько медицинских диссертаций.

В 1995 году выходит в свет журнал «Сестринское дело», внутри которого есть еще один журнал – «Вестник сестринских ассоциаций». С 1998 года вновь выходит журнал «Медицинская сестра», с 2001 г. – журнал «Сестра милосердия».

В 1997 году Ассоциация медицинских сестер создает Эти­ческий кодекс медицинской сестры России.

В 1998 году прошел I Всероссийский съезд средних меди­цинских работников в Санкт-Петербурге. Одобрен проект Го­сударственной программы развития сестринского дела в Рос­сийской Федерации.

Внедрена многоуровневая подготовка специалистов сест­ринского дела — базовый уровень, повышенный уровень, высшее сестринское образование (ВСО):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   |   | 3-й уровень (вуз) | Высшее профессиональное образование |   |
|   | 2-й уровень (колледж) | Среднее профессиональное образование |   |  |
| 1-й уровень (медицинское училище) |   |  |  |  |

*В развитии СД условно выделяют 3 этапа:*

1-й этап — сестра играет опекунскую роль (призрение, по­мощь инвалидам, психическим больным, умирающим, си­ротам). Основная функция сестры — гигиенический уход.

2-й этап — связан с Крымской кампанией. Роль сестры — зависимый исполнитель врача.

3-й этап — конец 90-х годов XX в. — начало XXI в. — сестра выполняет роль независимого специалиста в рамках своей компетенции.

Одно из наиболее широко распространённых в настоящее время определений понятия «философия»: философия – это наука о взаимодействии субъекта и объекта и об изменениях отношений между ними, возникающих в результате этого взаимодействия.

С началом реформы сестринского дела в России активно используется понятие «философия сестринского дела» - «выраженный в понятиях дух этой профессии, определение её миссии в обществе, а также лежащий в её основе системы ценностей».

Философия и сестринское дело. Какая связь между ними? Зачем сестринскому делу философия? И что такое философия сестринского дела?

Этивопросы обсуждались на I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела (1993). Впервые в нашей стране были даны определения таких ключевых в сестринском деле терминов, как «сестра», «пациент», «сестринское дело», «окружающая среда». Были определены отношения взаимодействия, возникающие между указанными субъектами и объектами. Наконец, сформулированы этические ценности, которыми должна обладать профессиональная сестра.

На основе принятых определений были сформулированы принципы философии сестринского дела в России. Мы приводим полный текст этого документа.

«Философия сестринского дела является частью общей философии и представляет собой систему взглядов на взаимоотноше­нии между сестрой, пациентом, обществом и окружающей сре­дой. Она основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре этой философии находится человек. Сестринское дело опирается на древнюю традицию, целью которой является удовлетворение человеческих потребностей в защите здоровья и окружающей среды.

Основными принципами философии сестринского дела явля­ются уважение к жизни, достоинству и правам человека. Мы верим в священный дар жизни и в связи с этим рассматриваем каждую отдельную личность как единое целое с ее внутренними возможностями к росту и развитию физическому, философскому, социальному, культурному, интеллектуальному и духовному.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества. Эти принципы предусмат­ривают ответственность сестры перед обществом (в том числе и перед пациентом) и ответственность общества перед сестрой. Общество признает важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентирует и поощряет его посредством издания законодательных актов.

Целью сестринского дела является осуществление сестринско­го процесса.

Сестра стремится выполнять свою работу профессионально, уважая и охраняя достоинство пациента, его автономию и гармо­нию с обществом и социальными потребностями.

Современное сестринское дело является наукой и искусством. Успешное применение философии сестринского дела в России, развитие творческого потенциала сестер возможно только в том случае, если общество выполнит свои обязательства по отноше­нию к ним.

Сестра является специалистом, который обладает знаниями и умениями, несет ответственность за процесс ухода и проявляет милосердие. Сестра — уникальная, общественно активная лич­ность, которая совершенствует свои профессиональные, психоло­гические и душевные качества для того, чтобы обеспечить паци­енту оптимальный уход. Сестра действует как независимо, так и в сотрудничестве с другими профессиональными работниками сферы здравоохранения с тем, чтобы удовлетворить потребности общества и отдельных пациентов в защите здоровья.

Обязательства сестер включают в себя уважение к пациентам и право их на самостоятельность. В соответствии с этим она действует, исходя из принципов: не причинить вреда, делать добро, уметь сотрудничать и быть преданной как профессии, так и пациенту. Сестринское дело не имеет ограничений по нацио­нальным, расовым признакам, возрасту, полу, политическим или религиозным убеждениям, социальному положению.

Потребность в сестринском уходе универсальна, она необ­ходима человеку от рождения до смерти. Оказывая помощь пациенту, сестра старается создать атмосферу уважительного отношения к его этическим ценностям, обычаям и духовным убеждениям. Сестра сохраняет конфиденциальность в интересах пациента, оберегает информацию, если она не противоречит его здоровью и здоровью общества.

 Сестра принимает участие в решении экологических проблем.

Современные сестры обращаются за вдохновением к опыту прошлого, опыту основоположников сестринского движения, по­движничеству таких легендарных личностей, как Флоренс Найтингейл, Екатерина Бакунина, Дарья Севастопольская и др.

Сестры оптимистично смотрят в будущее и развивают се­стринское дело как науку и искусство.

 С новым сестринским делом для новой России в новое столетие!»

**Фундаментальные понятия сестринского дела**

Согласно международной договоренности, философия се­стринского дела базируется на 4 основных понятиях:

1. пациент как личность;
2. сестринский уход как наука и искусство;
3. окружающая среда;
4. здоровье.

Ниже приведены определения терминов.

ПАЦИЕНТ — человек (индивид), который нуждается в се­стринском уходе и получает его.

СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО - часть медицинского ухода за здо­ровьем, специфическая, профессиональная деятельность, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенци­альных проблем со здоровьем в условиях изменения окружаю­щей среды.

ОКРУЖАЮЩАЯ СРЕДА - совокупность природных, соци­альных, психологических и духовных факторов жизнедеятельности человека.

ЗДОРОВЬЕ—динамическая гармония личности с окружаю­щей средой, достигнутая посредством адаптации.

Помимо 4 основных понятий необходимо знать определения и других, существенных для сестринского дела.

ЧЕЛОВЕК—целостная, динамическая саморегулирующаяся биологическая система, совокупность физиологических, психосо­циальных и духовных нужд, удовлетворение которых определяет рост, развитие, слияние с окружающей средой.

СЕСТРА—специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела и имеющий право ни сестринскую работу.

**Этические компоненты как основа философии сестринского дела**

Этическими элементами философии сестринского дела являются этические обязанности, ценности и добродетели (совершенства).

Сестра, разделяющая принятую философию сестринского дела, принимает на себя следующие *этические обязанности:*

* говорить правду;
* делать добро;
* не причинять вреда;
* уважать права пациента;
* уважать обязательства других (членов бригады);
* держать слово;
* быть преданной;
* уважать право (пациента) на самостоятельность.

*Этическими ценностями* (на которых также основана фи­лософия), определяющими цели, к которым стремится сестра, являются:

* профессионализм;
* здоровье;
* здоровая окружающая среда;
* независимость;
* человеческое достоинство;
* забота (уход).

*Добродетели (совершенство)* определяет личные качества, которыми должна обладать хорошая медицинская сестра.

Добродетели — это черты характера, которые располагают че­ловека к хорошим поступкам:

* сострадание;
* милосердие;
* терпение;
* целеустремленность.

**Основные положения Этического кодекса медицинских сестёр России**

Если кто-то выбирает профессию медицинской сестры, он принимает насебя обязанность придерживаться тех ценностей, на которых основана философия сестринского дела. Этический кодекс медицинской сестры России, принятый в 1996 г. Ассоциацией медицинских сестёр России, отражает современные этические принципы, нормы и стандарты, обязательные в профессиональной деятельности медицинских сестёр.

Основными принципами ухода являются:

* обеспечение безопасности пациента;
* конфиденциальность;
* уважение к пациенту и поддержание его чувства собственного достоинства;
* общение;
* поддержание независимости пациента;
* обеспечение инфекционной безопасности.

Принимая философию ухода, медицинская сестра должна осуществлять уход в рамках этих принципов.

**Этический кодекс Международного Совета сестер**

Этические принципы, сформулиро­ванные представителями Национальной сестринской ассоциации, определяют этический кодекс медицинских сестер в каждой из стран, который представлен также в этическом кодексе Меж­дународного Совета сестер.

**Этические основы сестринского дела**

Насестру возложены 4 основные обязанности: сохранять здоровье, предотвращать заболевания, восстанавливать здоровье и облегчать страдания.

Потребность в работе сестры универсальна. Сестринское дело подразумевает уважение к жизни, достоинству и правам челове­ка. Оно не имеет ограничений по национальным и расовым признакам, по признаку вероисповедания, цвета кожи, возраста, пола, политического или социального положения.

Сестры оказывают медицинскую помощь лицам, семьям и об­ществу, координируют свою деятельность с работой других групп.

**Сестра и пациенты**

Основную ответственность сестра несет перед теми, кто нуж­дается в ее помощи.

Оказывая помощь, сестра старается создать атмосферу ува­жительного отношения к этическим ценностям, обычаям и духов­ным убеждениям пациента.

Сестра хранит полученную конфиденциальную личную ин­формацию и делится ею с большой осторожностью.

**Сестра и практика**

На сестре лежит личная ответственность за осуществление сестринского дела на практике и за постоянное повышение квали­фикации.

Сестра старается выполнять работу на самом высоком уров­не, возможном в данной ситуации.

Сестра принимает взвешенные решения о личной компетен­ции, давая и беря на себя поручения.

Выполняя профессиональные обязанности, сестра должна по­стоянно вести себя так, чтобы не подорвать доверие к профессии.

**Сестра и общество**

Сестра, как и другие граждане, несет ответственность за осу­ществление и поддержку мер, направленных на удовлетворение общественных запросов в области здравоохранения.

**Сестра** и **сотрудники**

Сестра поддерживает отношения сотрудничества с другими медсестрами и с теми, с кем ей приходится работать.

Сестра принимает необходимые меры для безопасности пациента, если его состоянию угрожает опасность со стороны сотруд­ников или других людей.

**Сестра и** **ее профессия**

Сестра играет главную роль в определении и воплощении желательных стандартов сестринской практики и специального образования;

Сестра принимает активное участие в развитии профессио­нальных знаний.

Сестра, работая в профессиональной организации, участвует в разработке и обеспечении справедливых социальных и экономи­ческих условий работы.

**Определение понятий «этика», «биоэтика», «медицинская тайна»**

В современной медицине область этических вопросов обозначается различными терминами: «врачебная этика», «медицинская этика», «медицинская деонтология», «биоэтика», «биомедицинская этика».

"Ethos" - обычай, нрав. **Этика** изучает нравственность, то есть нормы поведения людей, их моральные отношения. **Главный этический принцип - НЕ НАВРЕДИ!**

Нужно всегда соблюдать главный этический принцип - НЕ НАВРЕДИ! Разладами в коллективе можно навредить больному. В коллективе должна быть такая атмосфера, которая способствовала бы и хорошей работе медицинского персонала, скорейшему выздо­ровлению больных. В противном случае госпитализация может не помочь пациенту и даже нанести вред. Чтобы этого не случилось, очень важна работа медсестры, контакт между пациентом и медсе­строй. Сестра может прекрасно выполнять свои профессиональные обязанности, достигнет автоматизма в работе, прекрасно делает инъекции и т.д., но за всем этим нет пациента. А она должна нахо­диться при больном, понять его, уметь хранить тайны, вызывать доверие. Доверие - это путь к выздоровлению. Если пациент верит в сестру и врача, он чувствует себя в безопасности, знает, что полу­чит все, что необходимо для восстановления своего здоровья.

**Биоэтика** - направление социально-философской мысли, ставящее своей задачей изучение нравственно-этичических, социально-политических и гуманитарных аспектов биологических наук.

**Биоэтика** - (от греч. bios - жизнь и ethikos - этика, мораль, обычаи) - наука о нравственной стороне жизнедеятельности. Биоэтика или этика жизни является разделом прикладной этики - философской дисциплины, которая изучает проблемы морали, прежде всего, относительно человека и всего живого, определяет, какие действия по отношению к живому с моральной точки зрения допустимы, а какие недопустимы.

 Основным моральным принципом биоэтикистановится принцип уважения прав и достоинства человека.

Основополагающими принципами биомедицинской этики являются:

* принцип гуманности, уважения человеческого достоинства

личности;

* принцип уважения моральной автономии личности;
* принцип благодеяния;
* принцип справедливости.

**Врачебная тайна** — медицинское, правовое, социально-этическое понятие, представляющее собой запрет медицинскому работнику сообщать третьим лицам информацию о состоянии здоровья пациента, диагнозе, результатах обследования, самом факте обращения за медицинской помощью и сведений о личной жизни, полученных при обследовании и лечении. Запрет распространяется также на всех лиц, которым эта информация стала известна в случаях, предусмотренных законодательством.

**Этические аспекты врачебной тайны**

Врачебная тайна как составная и обязательная часть медицинской деятельности является одним из важнейших принципов в деонтологии и профессиональной медицинской этике. Этические нормы общества предполагают, что каждый человек должен сохранять тайну, доверенную ему другим лицом. Однако, особое значение понятие «тайны» имеет в области медицины, где тесно соприкасаются и переплетаются сведения о больном, его настоящем состоянии здоровья и перспективах, а зачастую и о будущем человека (сможет ли он остаться на своём рабочем месте по окончании заболевания, станет ли инвалидом и т. д.). Многие факты личной жизни в процессе лечения передаются пациентом врачу как необходимые для лечебно-диагностического процесса, поэтому взаимоотношения между людьми в обществе существенно отличаются от отношений по линии «врач и больной». Есть сведения, что понятие «врачебной тайны» зародилось в Древней Индии, где в доверительных отношениях лекаря и пациента действовал афоризм: «Можно страшиться брата, матери, друга, но врача — никогда!». Начиная с древних времен врач клялся хранить тайну и соблюдать это обещание. Врачебная тайна относится и к основным постулатам [**клятвы Гиппократа**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D1%8F%D1%82%D0%B2%D0%B0_%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B0)**:**

… Что бы при лечении — а также и без лечения — я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной…

**Правовые аспекты врачебной тайны**

В отличие от других понятий деонтологии врачебную тайну характеризует и то, что она одновременно относится к правовым понятиям: сохранность врачебной тайны гарантируется государством и обеспечивается законодательно путем закрепления определенных запретов и юридической ответственности за её разглашение. Юридические основы защиты врачебной тайны закладывают статьи 23 и 24 Конституции РФ, в соответствии с которыми каждый гражданин имеет право на личную тайну, а использование и распространение информации о частной жизни лица без его согласия не допускаются. Федеральный закон «*Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»* от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ в статье 13 определяет понятие «врачебной тайны». Он же относит врачебную тайну к основным принципам охраны здоровья граждан и определяет обстоятельства, при которых допускается передача сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, с согласия гражданина или его законного представителя, а также без такого согласия.

Ответственность за разглашение профессиональной медицинской тайны, во-первых, распространяется на весь круг лиц, обязанных её хранить, а во-вторых, в зависимости от тяжести наступающих последствий она может быть от дисциплинарной (замечание до уголовной).

**Сестринская деонтология**

Этические элементы принятой философии и раньше считались незаменимыми для сестринской практики. Моральные и нравст­венные качества медсестры всегда имели не меньшее значение в ее профессиональной деятельности, чем мануальные навыки.

Специфика медицины, существенно отличающая ее от других видов человеческой деятельности, заключается, прежде всего, в не­обходимости постоянного, каждодневного, ежечасного общения сестры с пациентом. При этом следует помнить, что человек, имеющий проблемы со здоровьем, по характеру своего мышле­ния, глубине переживаний, силе психоэмоционального напряже­ния, по отношению к самому себе и окружающим, как правило, существенно отличается от человека, у которого таких проблем нет. Болезнь, особенно длительная, хроническая, для многих людей представляет тяжелую психическую травму, которая при­водит не только к ухудшению физического состояния и самочув­ствия, но и к серьезным сдвигам в психоэмоциональной сфере. Пациент, доверяющий сестре свое здоровье, а нередко исвою жизнь, хочет как можно скорее получить эффективную сестрин­скую помощь. Он должен быть уверен не только в высоком профессионализме сестры, но и в ее порядочности, честности, доброте, милосердии, чуткости и отзывчивости. Поэтому уже с древних времен общество предъявляло особые требования именно к моральным, нравственным качествам сестринского пер­сонала. И сестра берет на себя определенные моральные обяза­тельства по отношению к пациенту, обществу, коллегам.

Частью сестринской этики является деонтология. Этот тер­мин был впервые использован Кантом и происходит от грече­ского «деон»—долг. Деонтология рассматривает, как, с точки зрения сестринской этики, должна поступать сестра в конкретных ситуациях, возникающих в процессе ее профессиональной дея­тельности.

Впервые основной деонтологический принцип сформулировал Гиппократ (460—377 гг. до н. э.): «Должно обращать внимание, чтобы все, что принимается, приносило пользу». Он писал: «Лицо, посвятившее себя медицине, должно обладать следующи­ми качествами: бескорыстием, скромностью, целомудрием, здра­вым смыслом, хладнокровием...».

Какие же качества необходимы медицинской сестре для ее
профессиональной деятельности?

«Любовь и забота — лучшее лекарство», — писал Парацельс. Эти же качества, обязательные для сестринского персонала, вы­деляет и И. Харди в книге «Врач, сестра, больной» (1981): «Неж­ность, ласковость, терпение и вежливость—вот составные эле­менты хорошего стиля работы, в них выражается заботливость, внимание и любовь сестры к своим больным».

На наш взгляд, точнее всего принципы сестринской этики и деонтологии отражены в клятве, которую дают выпускники сестринских школ во многих странах. Это клятва Флоренс Найтингейл:

«Перед Богом и перед лицом собравшихся я торжественно обещаю вести жизнь, исполненную чистоты, и честно выполнять свои профессиональные обязанности.

Ябуду воздерживаться от всего ядовитого и вредного и нико­гда сознательно не использую и не назначу лекарства, могущего принести вред.

Ясделаю все, что в моих силах, чтобы поддерживать и повы­шать уровень моей профессии. Ябуду держать в секрете всю личную информацию, которая окажется в моем распоряжении во время работы с пациентами и их родными.

Я буду преданно помогать врачу в его работе и посвящу себя неустанной заботе о благополучии всех вверенных моей заботе».

**Особенности медицинской деонтологии**

Человек, приходящий на прием к врачу либо поступающий на излечение в стационар, оказывается в непривычной среде, изобилующей отрицательно влияющей на его состояние факторами, которые называются ***миелогениями.***

Предупредить появление миелогений возможно путем создания благоприятной обстановки в лечебном учреждении. Это зависит также от самого пациента, окружающих его больных и от медперсонала.

***Эгогения*** – отрицательное влияние на состояние больного, которое создает он сам.

Причины, способствующие развитию эгогений, весьма разнообразны: подавленное психоэмоциональное состояние больного, религиозные предрассудки, предубеждения в отношении болезней и возможностей медицины, страх смерти, боязнь предстоящего медицинского обследования и многое другое.

Возникновению и закреплению эгогений нередко способствует прочитанная больным медицинская литература или материал бездумно построенной санитарно-просветительной беседы.

***Эрготогения*** – неблагоприятное влияние одних больных на других в процессе их общения.

Уместно упомянуть о так называемых несовместимых больных. Например, нежелательно поступление больного в палату, где длительно и не совсем успешно лечится другой пациент с аналогичным заболеванием.

Медицинская сестра должна хорошо знать обстановку в отделении, чтобы вовремя предупредить отрицательное влияние некоторых больных на микроклимат в палате.

***Ятрогения*** – болезненное состояние пациента, обусловленное деятельностью врача.

Ятрогении можно подразделить на три группы:

1. *Ятропсихогении* – отрицательные влияния на психику больного.
2. *Ятрофармакогении* – болезненные состояния, обусловленные действием на организм человека лекарственных средств.
3. *Ятрофизиогении* – болезненные состояния, обусловленные воздействием на организм человека физических факторов (механических, термических и др.) вследствие проведения диагностических и лечебных мероприятий.

 Ятрофизиогении могут возникать практически при всех лечебных и диагностических манипуляциях.

Ятрогении могут возникать как следствие различных причин, вызываемых не только действием врача, но и в результате деятельности среднего и младшего персонала.

**Тема 1.2. Общение и обучение в сестринском деле.**

**Общение (коммуникация)** – сложный, многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, включающий *обмен информацией*, выработку стратегий, восприятие и понимание людьми друг друга.

**Общение медсестры с пациентом** – процесс установления и развития контактов с целью достижения оптимального уровня жизнедеятельности пациентов.

### Типы и уровни общения

**Типы общения:**

**1. Деловое** – содержание и средства определяются интересами дела.

**2. Ролевое** - содержание и средства регламентированы социальной ролью партнеров по общению.

**3. Личностно-ориентированное** – содержание и средства данного вида общения определяются знанием конкретной личности партнера по общению.

**Уровни общения:**

**1.Внутриличностное** – мысленное общение человека с самим собой: обдумывание проблемы, анализ ситуации, выработка каких-либо планов, идей.

**2. Межличностное** – общение 2-х или более людей между собой.

**3. Общественное** – общение одного человека с коллективом, большой аудиторией.

### Функции общения

**1.Контактная** – установление состояния взаимной готовности к общению.

**2. Информационная** - обмен информацией, сообщениями.

**3. Побудительная** – стимуляция активности партнера.

**4. Координационная** - согласование взаимной деятельности.

**5. Понимания** – адекватное понимание смысла сказанного, действий партнера.

**6. Эмотивная** – обмен эмоциями.

**7. Установление отношений** - межличностных, деловых и производственных.

**8. Оказание влияния** – изменение поведения, знаний, представлений партнера.

**Стили общения**

1. Авторитарный.

2. Уступки.

3. Компромисса.

4. Сотрудничества.

5. Избегания.

### Элементы эффективного общения

Элементы эффективного общения (предложил американский исследователь Лассуэлл)

**1.Отправитель** – человек, передающий информацию.

**2. Сообщение** – посылаемая информация.

**3. Канал** – способ отправки сообщения: устная речь, неречевые компоненты (выражение лица, глаз, мимика, жесты, поза), в письменном виде.

**4. Получатель** – человек, принимающий сообщение.

**5.Подтверждение** – сигнал, которым получатель дает знать отправителю, что сообщение получено.

Отравитель должен осознанно подготовить информацию. Сообщение должно быть четким, понятным для получателя, полным и лаконичным одновременно. Для передачи должен быть использован правильный канал с учетом возможностей получателя (устная речь, или письменная *инструкция* и т.д.). Для подтверждения о получении сообщения необходимо задавать конкретные, открытые вопросы.

### Психологические типы собеседников

Для каждого пациента медсестра должна найти свой индивидуальный подход. Это делает возможным эффективное профессиональное общение.

**1. Доминантный собеседник** – настроен прежде всего на влияние и воздействие. Трудно признает свою неправоту, перебивает собеседника, но не дает ему вставить *слово*. Его желание – оставить впечатление своего превосходства – физического, интеллектуального и т.д..

Медсестре при распознавании данного типа необходимо проявить выдержку, такт, но в определенной ситуации деликатно склонить на свою сторону.

**2. Недоминантный собеседник** – полная противоположность первому. Достаточно застенчив, чувствует неловкость при обращении с вопросом или просьбой. Деликатный, предупредительный, тактичный. Не позволит перебить собеседника во время беседы, терпеливо переносит попытки перебить себя самого.

Нуждается в определенном поощрении, подбадривании и поддержке со стороны медсестры.

**3. Мобильный собеседник** – легко переключается с любого вида деятельности на процесс общения. Но также легко может отвлечься от беседы. Речь, как правило, быстрая, живо использует интонации, жесты, мимику.

Медсестра должна подстроиться под темп и ритм данного собеседника, постепенно, мягко замедляя скорость и направляя в нужное русло.

**4. Ригидный собеседник** – данному типу требуется определенное время, чтобы включиться в беседу. Основателен в общении, слушает внимательно, реагирует вдумчиво. Трудно переключается с одной темы на другую.

Необходимо запастись терпением в общении и не торопить без крайней необходимости.

**5. Экстравертивный собеседник** – коммуникабелен. При общении внимателен, дружелюбен, не злопамятен. На свое здоровье обращает мало внимания. Имеет большой круг знакомых. Ему легко среди людей.

Общение медиков с такими людьми обычно не вызывает трудностей. Требуется привлечение внимания к самому себе.

**6. Интровертивный собеседник** - не склонен к внешним контактам, общению. Имеет узкий круг общения. Обращает внимание на свои чувства, свои ценности. Ему проще общаться с книгами, вещами. Серьезно и ответственно относится к дружбе и любому партнерству.

В общении следует быть особенно корректным и внимательным.

### Средства общения



**Рис. 5.1.**Средства общения

#### Вербальные средства общения

#### Вербальная коммуникация предполагает два важных элемента: смысл и форму высказывания. Сообщение должно быть ясным и четким. Для слепого человека можно использовать устную речь, для глухого – как устную (может читать по губам), так и письменную речь (памятка).

#### Для эффективности устной речи необходимо:

1. Привлечь внимание получателя сообщения.
2. Говорить медленно, с хорошим произношением, короткими фразами.
3. Не злоупотреблять специальной терминологией.
4. Правильно выбирать время для сообщения, чтобы пациент проявлял интерес.
5. Следить за интонацией своего голоса.
6. Выбирать нужную громкость: говорить так, чтобы слышали, но не кричать.
7. Выслушивать до конца;
8. Для контроля восприятия задавать открытые вопросы - начинающиеся со слов: "Скажите мне…?", "Где…?", "Когда…?", ""Почему…?".

*Для эффективности****письменной коммуникации****необходимо:*

1. Писать аккуратно (если плохой почерк – печатными буквами).
2. Выбирать правильный размер и цвет букв.
3. Убедиться, что в записке полная информация.
4. Писать грамотно.
5. Выбирать понятные, простые слова.
6. Обязательно подписывать сообщение.

Известно, что 55% информации во время беседы воспринимается через выражение лица, позы, жесты, а 38% - через интонации, модуляции голоса. Следовательно, всего 7% информации передается устной речью. Причем невербальный канал передает отношение к собеседнику.

####

#### Невербальные средства общения

#### 1. Визуальные:

* движение (перемещение всего тела в пространстве) и жесты (движение отдельных частей тела – головы, плеч, рук: различают жесты приветствия, прощания и др.); уверенный шаг медсестры демонстрирует благополучие, а иногда гнев, а медленный шаг – страх, тревогу, нерешительность.
* позы – отражают состояние человека и его отношение к происходящему. Бывают позы открытые – как знак согласия, доброжелательности и позы закрытые – воспринимаются как знак недоверия, несогласия, критики.
* выражение лица, мимика. Пациенты смотрят на выражение лица медсестры во время беседы или выполнения манипуляции. Необходимо контролировать выражение своего лица, чтобы смягчить неприятные эмоции у пациента.
* направление взгляда, визуальный контакт. Глаза – "зеркало души". Взгляд дополняет то, что недосказано словами и жестами. Взгляд "глаза в глаза" - важнейшее средство невербального общения.
* кожные реакции: покраснение, побледнение;
* вспомогательные средства общения: признаки возраста, пола, одежда, прическа, косметика и др. Внешний вид медсестры – важнейший аспект невербальной коммуникации. Если она одета профессионально, пациент будет больше ей доверять.
* расстояние до собеседника, персональное пространство:

|  |
| --- |
| Зоны комфорта |
| **менее 15см** | **15-45см** | **0,46-1,2м** | **1,2-3,6м** | **более 3,6м** |
| сверх интимная | интимная | личная | социальная | общественная |

**Примечание.** Человек допускает в свое личное пространство только близких людей. При выполнении процедур медсестра вторгается не только в личную, но и в интимную зоны. При этом необходимо быть особенно внимательной и деликатной.

**2. Акустические:**

* связанные с речью: интонация, тембр голоса, паузы;
* несвязанные с речью: покашливание, плач, стон, вздыхание, восклицания.

**3. Тактильные (связанные с соприкосновением)** - прикосновение рукой к плечу, похлопывание по спине, объятие – позволяют медсестре сообщить пациенту о привязанности к нему, об эмоциональной поддержке, одобрении, сопереживании.

**4. Ольфакторные – связанные с запахом:**

* естественные –приятные или неприятные;
* искусственные – духи, косметика.

### Коммуникативные барьеры

1. Фонетический барьер – оба собеседника говорят быстро, невыразительно, или на разных языках.
2. Смысловой барьер – использование жаргонов, терминологии.
3. Стилистический барьер – несоответствие речи ситуации общения, фамильярность.
4. Барьер логического восприятия – сложная, неубедительная речь.
5. Социально-культурный барьер – возникает при определенном статусе, национальности собеседника.
6. Психологические барьеры – неверные психологические установки и представления (неверные стереотипы, ожидание непонимания, негативная установка).

### Правила эффективного общения с пациентом

1. Начинать беседу с представления своего имени-отчества и должности.
2. Обеспечить конфиденциальность беседы.
3. Обращаться к пациенту по имени-отчеству и на "Вы".
4. Смотреть пациенту в глаза, улыбаться; если пациент лежит – присесть рядом с кроватью на стул рядом.
5. Говорить неторопливо, с положительной интонацией голоса.
6. Поощрять вопросы пациента.
7. Использовать разнообразные компоненты эффективного общения.
8. Помнить, что юмор способствует эффективному общению с пациентом.
9. Эффективно выслушивать пациента.
10. При разговоре создавать атмосферу взаимопонимания и доверия, проявлять участие.

Особенности процесса обучения

***Скажи мне – и я забуду покажи мне – и я запомню дай мне действовать самому и я научусь.***

***Китайская пословица***

**Педагогика -** наука о воспитании человека, включает процесс образования и обучения.

**Обучение**– целенаправленно организованный, планомерно и систематически осуществляемый, процесс овладения знаниями, умениями и навыками под руководством опытных лиц.

**Обучение в сестринском деле** – это целенаправленная деятельность медицинской сестры и пациента для получения знаний и формирования навыков у пациента.

Процесс обучения пациента или его родственников зависит от профессионализма медицинской сестры, ее опыта, знаний и умений. Ведь она может выступить не только как специалист, но и как педагог-воспитатель, владеющий принципами медицинской этики и деонтологии, биоэтики и отличающийся культурой общения.

**Задачи обучения в сестринском деле**

1. Удовлетворять нарушенные потребности пациента, обучить пациента самоуходу.
2. Адаптировать пациента к болезни и способствовать повышению его качества жизни.
3. Пропагандировать здоровый образ жизни или корректировать существующий.

**Цель обучения в сестринском деле** – обеспечить достойную жизнь пациенту в новых для него условиях в связи с заболеванием, чтобы жить в гармонии с окружающей средой.

#### Сферы обучения

1. **Познавательная** - человек узнает и понимает новые факты, анализирует информацию, отличает главную (приоритетную) информацию от второстепенной.
2. **Эмоциональная** – получив информацию, человек изменяет свое поведение, выражая это чувствами, мыслями, мнением, оценкой фактов. Он активно слушает и реагирует вербально и не вербально.
3. **Психомоторная** – человек обладает умениями. Благодаря умственной и мышечной деятельности, он обучился новым движениям, уверенно выполняет необходимые действия. Готов психологически, физически и эмоционально к выполнению действий.

#### Функции обучения

1. **Познавательная** – стремление к получению и приобретению умений и навыков (навык – высшее проявление умения, способность выполнять действия самостоятельно).
2. **Развивающая** – способность применить знания и умения на практике.
3. **Воспитательная** – целенаправленное развитие личности.

#### Способы обучения

1. **Формальные** – официальные. Цели для них задаются извне, вышестоящими инстанциями. Среди них различают:
	* **фронтальные** – занятия по усвоению и овладению новыми знаниями и умениями (лекции, санитарные бюллетени);
	* **групповые** – занятия с небольшими группами (школы здоровья, "Астма-школа", школа для страдающих гипертонической болезнью и др.);
	* **индивидуальные** – тематические беседы (например, о рациональном питании), практические занятия (обучение навыкам самоухода, уходу за тяжелобольным, приему лекарственных препаратов и др.).
2. **Неформальные** – неофициальные, без чьего-либо указания.

#### Методы обучения

1. **Словесный** – разъяснение, беседа, диспут, мини-лекция.
2. **Наглядный** – использование речи, мимики, жестикуляции, изображения на доске, рисунков, таблиц, схем, макетов, плакатов, предметов ухода, муляжей, фантомов, технических средств (кино, видео-магнитофон, мультимедиа – проектор) и т.д..
3. **Практический** – отработка манипуляций: выполнение инъекций, измерение артериального давления и т.д.

#### Приемы обучения

1. **Наблюдение** – восприятие.
2. **Запоминание** – повторение.
3. **Анализ** – обобщение, коррекция.

#### Уровни обучения

1. **Ознакомительный** – у обучаемого в результате должно сложиться представление о чем-либо.
2. **Реконструктивный** – обучаемый должен повторить, сделать.
3. **Уровень умений и навыков** – обучаемый должен научиться применять полученную информацию в домашних условиях.

### Правила организации процесса обучения

#### Этапы обучения

#### 1 этап – выявление потребности пациента и его семьи в обучении, оценка исходного уровня знаний и умений пациента и (или) его близких, готовности к обучению.

#### 2 этап – интерпретация проблем пациента, связанных с дефицитом знаний и умений.

#### 3 этап – определение целей, планирование, определение сфер, методов обучения.

#### 4 этап – реализация плана.

#### 5 этап – оценка результатов обучения.

##### **1 этап**

##### Перед началом обучения нужно оценить состав аудитории и потребность контингента (индивида) в обучении. Необходимо выяснить какими знаниями по данному вопросу он обладает, каким объемом умений владеет. Следует учитывать такие факторы, как возраст, уровень образования, физическое состояние пациента. Психологический возраст – это качественно особый этап развития, зависящий и от уровня личностной зрелости (Таблица ). Готовность к обучению может зависеть и от факторов, мешающих сосредоточиться – беспокойство, боль, усталость, жажда и др.

|  |
| --- |
| Таблица Возрастные особенности пациентов |
| **Возраст** | **Психологические особенности** | **Особенности обучения** |
| **Дошкольный** | Нет осознания болезни, необходимости лечения. Беспокойство в отрыве от матери, привычных условий | Обучать совместно с близкими людьми, на фоне ласкового, теплого общения, с использованием игровых методов |
| **Подростковый** | Нежелание знать последствия заболевания, притязательность на взрослость | Делать упор на самостоятельность. Уважать как личность, сочетая требовательность с мягкостью и пониманием. Ориентировать на возможный неблагоприятный исход |
| **Зрелый** | Осознание факта болезни. Возможен "уход в болезнь", использование болезни в своих интересах | Приемлемы все способы и методы обучения с учетом уровня образования, интеллектуального развития. При необходимости привлекать при обучении психолога |
| **Старческий** | Снижение памяти, внимания, зрения, слуха. Беспомощность, обидчивость, недоверие, чувство одиночества | Вселять уверенность в благоприятный исход. Учитывать уровень личностной зрелости, образования и интеллектуального развития. Обучать терпеливо, привлекая родственников |

##### **2 этап**

Пациент (его родственник) может сам осознавать наличие проблемы ее выявляет медицинская сестра. Проблема называется четкой, понятной фразой. Например:

* дефицит знаний о рациональном питании;
* неумение измерять и контролировать у себя артериальное давление;
* неумение выполнять инъекцию и др.

##### **3 этап**

**Цель обучения** должна содержать три компонента:

* что предстоит сделать пациенту ("должен знать", "должен уметь" и т.д.);
* временные рамки: дата или интервал времени;
* с кем, при помощи чего – условие (с помощью инструктора, самостоятельно и т.д.).

**План обучения** составляется индивидуально с использованием конкретных способов, методов и приемов обучения.

##### **4 этап**

Сотрудничество медсестры и пациента на данном этапе – залог успеха. Лучший вариант – индивидуальные занятия, или занятия малыми группами. На проведение обучения влияют различные факторы:

* благоприятная окружающая обстановка - свободное время, оптимальная температура в помещении, тишина, удобная мебель, достаточное освещение и т.д.;
* творческий подход к обучению, использование наглядности, различных методов обучения, обучение в виде ролевых игр;
* доброжелательное отношение медицинской сестры, искреннее желание помочь обучаемому;
* хорошая дикция медицинской сестры, способность ясно, четко, полно излагать материал;
* постоянный контроль приобретенных знаний, поощрение вопросов.

##### **5 этап – завершающий.**

Получив согласие пациента, необходимо попросить его продемонстрировать приобретенные умения. Пациенту следует сообщить результат сестринской оценки: насколько успешно он справился с поставленной задачей и можно ли считать обучение конкретным навыкам завершенным.

Важна не только сестринская оценка, но и самооценка, которая может быть:

* адекватной – совпадать с мнением медсестры;
* неадекватной – завышенной или заниженной;
* нестабильной – то доволен, то не доволен.

### Требования к личности медицинской сестры как педагога

1. Широкая эрудиция, высокий интеллектуальный уровень.
2. Личностная зрелость.
3. Целеустремленность, настойчивость.
4. Знания в области, в которой идет обучение.
5. Владение методами обучения и воспитания.
6. Гибкость мышления, стремление к самосовершенствованию.
7. Желание и умение заботиться о своем здоровье.
8. Позитивная концепция, доброжелательное отношение к окружающим.
9. Эмоциональная стабильность.

 **Тема 1.3. Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. Модели сестринского дела.**

***Здоровье*** *–* первая и важнейшая потребность человека, определяющая способность его к труду и обеспечивающая гармоничное развитие личности.

***Здоровье (ВОЗ)*** – состояние полного физического, духовного и социального благополучия.

***Здоровье*** (Голицыно) – это динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адаптации.

***Болезнь*** – нарушение жизнедеятельности организма. Факторы, повышающие вероятность возникновения заболевания – ***факторы риска*** (риск – возможная опасность чего-либо).

*Внешние факторы риска:*

* загрязнение среды;
* нерациональное питание;
* гиподинамия;
* стрессы;
* курение;
* алкоголизм;
* наркотики;
* злоупотребление лекарствами.

*Внутренние факторы риска:*

* генетические;
* врожденные.

У каждого человека свой *образ жизни*, свои привычки и предпочтения. ***Образ жизни*** – это выбор, который определяет себе человек, это выработка собственного стиля и режима жизни. ***Образ жизни*** – это жизнедеятельность, трудовая активность людей, их поведение в конкретных условиях места, времени и социального устройства.

***Здоровый образ жизни (ЗОЖ)*** – это деятельность, активность людей, направленные на сохранение, укрепление и улучшение здоровья. *Компоненты ЗОЖ:*

* формирование и пропаганда позитивных для здоровья факторов ЗОЖ (активный отдых, физическая культура, рациональное питание, закаливание);
* психическая саморегуляция;
* создание нормальных психологических условий на производстве и в быту;
* диспансеризация населения;
* целенаправленная деятельность по вопросам гигиены и охраны здоровья людей;
* борьба с вредными привычками.

Одной из задач медиков является помощь людям в выборе здорового образа жизни с учетом всех факторов риска, которые влияют на каждого конкретного человека.

***Общественное здоровье*** – такое состояние, качество общества, которое обеспечивает условия образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами – состояние, формирующее здоровый образ жизни (ЗОЖ). Показатели общественного здоровья зависят от социально-экономических условий, состояния здоровья населения, развитости *системы здравоохранения* в данном государстве.

Наука, изучающая общественное здоровье – ***санология.***

Наука, изучающая индивидуальное здоровье – ***валеология.***

***Потребности*** – источник активности и деятельности людей. Их формирование происходит в процессе воспитания и самовоспитания личности. Потребности могут быть различными, неосознанными. Осознание потребностей проявляется в форме мотивов поведения.

***Потребность*** – это осознаваемый психологический или физиологический дефицит чего – либо, отражаемый в восприятии человека.

Основные потребности человека: иметь, быть делать, любить, расти. Мотивом деятельности людей служит желание удовлетворить эти потребности. Возможность удовлетворять свои потребности у людей зависит от следующих общих факторов: возраст, окружающая среда, знания, умения, желания, способности самого человека. Заболевание, вызывая нарушение функции того или иного органа, той или иной системы, мешает удовлетворению потребностей.

**Иерархия потребностей А.Маслоу.**

В 1943 году американский психолог ***Абрахам*** ***Маслоу*** проводил исследования побудительных мотивов поведения человека и разработал одну из теорий потребностей. Он классифицировал их по иерархической системе – от физиологических потребностей (низший уровень) до потребностей в самовыражении (высший). Маслоу изобразил уровни потребностей в виде пирамиды (*Рис. 1.)*. Физиологические потребности – фундамент жизнедеятельности человека – основание пирамиды.



*Рис. 1.* Иерархия человеческих потребностей по А. Маслоу (1943г.)

Для медсестры данная классификация важна, поскольку у пациента могу быть неудовлетворёнными одна или несколько потребностей любого уровня, реализация которых должна войти в план ухода. Приоритет физиологических потребностей связан с поддержанием жизни человека.

**Характеристика потребностей**

**Физиологические потребности**

Данные потребности – фундаментальные. При уходе и наблюдении за пациентом помощь в удовлетворении данных потребностей приоритетна, т.к. связана с поддержанием жизни пациента.

* ***В нормальном дыхании, в кислороде*** ***(дышать)*** - приоритетная для медсестры. Дыхание и жизнь – неразделимые понятия. Благодаря дыханию поддерживается необходимый для жизни газовый состав крови. Кора головного мозга очень чувствительна к явлениям ***гипоксии*** - недостаточному поступлению кислорода к тканям и органам.

*Проявления нарушения потребности:* одышка, кашель, затрудненное носовое дыхание, бледность и цианоз (синюшность) кожи и слизистых, боль в грудной клетке.

*Факторы риска:* курение, загрязнение окружающей среды.

*Помощь медицинской сестры:* поднять изголовье кровати, проветривать помещение, запрещать курение, обучать технике кашля и дыхательным упражнениям, следить за свободным носовым дыханием.

* ***В пище*** ***(есть).*** Пища – основной источник энергии и питательных веществ, необходимых для нормальной жизнедеятельности. Для ребёнка обеспечивает нормальный рост и развитие, для взрослого помогает исключить факторы риска многих заболеваний. Адекватное питание при болезни способствует выздоровлению.

*Проявления нарушения потребности:* нарушение аппетита ***(***пониженный аппетит***, анорексия*** – полное отсутствие аппетита, ***булемия*** – повышенный аппетит), тошнота, рвота, изжога, боли в животе.

*Факторы риска* – нарушение режима питания, несбалансированное питание, переедание, отсутствие зубов.

*Помощь медицинской сестры:* оказывать помощь в приеме пищи, обучать правильному питанию.

* ***В жидкости (пить)*** - человеку необходимо употреблять 1,5 – 2 л ежедневно. Для сохранения нормального водного баланса нужно употреблять жидкости больше, чем выделать, иначе произойдёт обезвоживание организма, нарушение функций органов и систем.

*Проявления нарушения потребности:* жажда, сухость во рту, сухость кожи и слизистых, пониженный ил повышенный диурез (количество выделяемой мочи), запоры.

*Факторы риска:* употребление некачественной воды, недостаточное или избыточное употребление воды.

*Помощь медицинской сестры:* помочь в приеме жидкости и обеспечить ее достаточное количество.

* ***В выделении продуктов жизнедеятельности (в физиологических отправлениях).*** Продукты жизнедеятельности организма выводятся с мочой, калом. Мочеиспускание и акт дефекации – индивидуальные, интимные процессы. Медсестра должна проявлять деликатность, соблюдать конфиденциальность, обеспечить условия уединения пациенту.

*Проявления нарушения потребности:* частый жидкий стул ***(понос***), задержка стула (***запор***), уменьшение отделения мочи, недержание мочи, болезненное мочеиспускание и др.

*Факторы риска:* погрешности в диете, малоподвижный образ жизни, недостаточное употребление жидкости, переохлаждение.

*Помощь медицинской сестры:* помочь пациенту дойти до туалетом, обеспечить судном и мочеприемником.

* ***В сне и отдыхе***. Отдых и сон необходимы для нормальной жизнедеятельности организма, для преодоления полученных вредных воздействий. Недосыпание приводит к переутомлению, появлению психологических проблем, ухудшению питания мозга. Особенно это важно для больного. Медицинская сестра должна создавать условия, способствующие поддержанию данной потребности.

 *Проявления нарушения потребности:* прерывистый сон, бессонница, усталость, зевота, раздражительность.

 *Факторы риска:* шум, яркий свет, нарушение распорядка дня, нарушение теплового режима, неудобная постель, болевые ощущения и др.

*Помощь медицинской сестры:* обеспечить комфортные условия для сна, выяснить причины его нарушения.

* ***В движении*** – ограничение ведёт к возникновению проблем со стороны кожи (пролежни), опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем. Кроме того, при нарушении данной потребности человек лишен общения с окружающей средой, способности себя обслуживать. Помощь медицинской сестры должна быть направлена на восстановление подвижности, на улучшение качества жизни пациента.

 *Проявления нарушения потребности:* невозможность или ограничение движения в связи со слабостью, отсутствием конечности, болью, наличием параличей, расстройством сознания, психики.

 *Факторы риска:* малоподвижный образ жизни – гиподинамия.

*Помощь медицинской сестры:* помочь пациенту в перемещении, обеспечить вспомогательными устройствами, обучить пассивным и активным упражнениям в постели.

* ***Поддерживать нормальную температуру тела.*** Нормальная жизнедеятельность органов и тканей невозможна без относительного температурного постоянства внутренней среды организма. Организм человека с помощью физиологических механизмов регулирует теплопродукцию и теплоотдачу. Заболевания повышают температуру тела: инфекции, воспалительные процессы, злокачественные новообразования, кровоизлияние в мозг.

 *Проявления нарушения потребности:* бледность или покраснение кожи (гиперемия), сухость или влажность кожи, озноб или чувство жара, головная боль, учащенное дыхание и сердцебиение, повышенная или пониженная температура.

*Факторы риска:* нарушение теплового режима в помещении, одежда не по сезону, пониженный иммунитет, нарушение гормонального фона.

*Помощь медицинской сестры:* контроль температуря тела, поддержание оптимальной температуры в помещении.

**Потребности в безопасности**

Для большинства людей безопасность означает надежность и удобство. Медицинская сестра должна не только уметь обеспечить пациенту безопасность, но и знать его требования к ней. Помощь медицинской сестры в обеспечении потребностей в безопасности:

* ***Иметь кров*** – обеспечить пациента палатой достаточной площади, с оптимальным освещением и тепловым режимом, после выписки убедиться в наличии жилья у пациента.
* ***В одежде*** – обеспечить пациента удобным нательным и постельным бельем, во время менять.
* ***В помощи*** – обеспечить пациента средством связи с постом, оказывать помощь при передвижении, кормлении, в личной гигиене.
* ***В надежности*** – опустить кровать на максимально низкий уровень, обучить пациента пользоваться тростью при ходьбе, обеспечить исправность электроприборов и медицинского оборудования.
* ***В защите*** – чаще проверять и наблюдать пациента.

**Социальные потребности**

Социальные потребности отражают отношения людей в обществе. Все ждут любви и понимания, не хотят быть одинокими и обездоленными. При тяжелых заболеваниях нарушаются социальные контакты, общение, особенно у пожилых и одиноких людей. Помощь в решении социальных проблем улучшает качество жизни пациента.

* ***В семье и друзьях*** – помочь пациенту позвонить домой или другу, обеспечить свидания с родственниками.
* ***В общении*** – обеспечить пациента очками, слуховым аппаратом, источниками информации, календарем.

**Потребность в самоуважении**

Теряется больными, пожилыми людьми, которые считают себя никому не нужными, одинокими.

* ***В самоуважении*** - совместно с пациентом обсуждать действия по уходу, помочь пациенту в достижении чувства собственного достоинства.
* ***В уважении окружающих*** - обращаться к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».
* ***Во владении имуществом*** – помочь пациенту использовать свое имущество.

**Потребность в самовыражении**

Наивысший уровень. Удовлетворяя её, человек считает, что делает что – то лучше других (написание книги, воспитание ребёнка…). Данный уровень потребностей связан с эстетическим восприятием, следовательно, в ЛПУ должны быть соответствующие условия для удовлетворения данного уровня потребностей пациентов: опрятный вид медицинского персонала, отремонтированные и эстетически оформленные помещения, соблюдение чистоты.

**МОДЕЛИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА.**

Есть несколько концептуальных моделей сестринского процесса в мире. В настоящее время не существует одной общепринятой модели сестринского дела. Они отличаются друг от друга подходом к нескольким вопросам, а именно:

* Пациент как объект сестринского ухода,
* Цель ухода,
* Роль сестры в решении проблем пациента,
* Источник проблем пациента,
* Оценка качества сестринского ухода.

**ОБЗОР НЕКОТОРЫХ МОДЕЛЕЙ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА.**

**Врачебная модель.**

Пациент – носитель физиологических систем.

Проблемы пациента возникают из-за нарушения работы систем и отдельных органов в организме.

Роль медсестры сводится к выполнению врачебных назначений.

**Модель Вирджинии Хендерсон**

Основана на удовлетворении физиологических проблем со здоровьем и гораздо меньшее внимание уделяется психологическим и социальным проблемам пациента.

По ее модели выделены 14 фундаментальных потребностей человека. В удовлетворении этих потребностей, по мнению В.Хендерсон, не испытывает трудностей здоровый человек. Однако в период болезни эти потребности удовлетворять самостоятельно пациент не может. Главной целью сестринского ухода, в данной модели, является скорейшее восстановление самостоятельности пациента и помощь в удовлетворении потребностей в период болезни.

**Потребности по В.Хендерсон:**

1. Нормально дышать.
2. Употреблять достаточное количество пищи и жидкости.
3. Выделять продукты жизнедеятельности.
4. Двигаться и поддерживать нужное положение.
5. Спать и отдыхать.
6. Самостоятельно одеваться и раздеваться, выбирать одежду.
7. Поддерживать нормальную температуру тела, подбирая одежду и изменяя окружающую среду.
8. Соблюдать личную гигиену, заботиться о внешнем виде.
9. Обеспечивать свою безопасность и не создавать опасности для других людей.
10. Поддерживать общение с другими людьми, выражая свои эмоции и мнение.
11. Отправлять религиозные обряды в соответствии со своей верой.
12. Заниматься любимой работой.
13. Отдыхать, принимать участие в развлечениях и играх.
14. Удовлетворять свою любознательность, помогающую нормально развиваться.

Модель сестринского ухода по Хендерсон основана на известной теории иерархии по А.Маслоу. В отличии от следующей модели Хендерсон выделяет меньшее количество потребностей, так как в то время (60-е годы 20 века) возможности медсестры были ограничены.

**Оценка** **потребностей** проводится с обязательным участием пациента, цель полное восстановление самостоятельности.

**Цели** сестринского вмешательства должны быть долговременными, и только в отдельных случаях краткосрочные.

**Роль сестры** двоякая, независимый специалист по удовлетворению потребностей с одной стороны, помощник врача по выполнению назначенных манипуляций с другой стороны.

**Оценка результата** только после достижения долговременных целей, с участием медсестры и пациента.

**Модель сестринского ухода Доротеи Орем.**

Модель Орем рассматривает человека как единое целое. Большое внимание уделяется ответственности пациента за свое здоровье, самоуходу. Потребности пациента должны быть в равновесии с возможностями самоухода. При возникновении отклонения от равновесия возникают проблемы пациента.

**Группы потребностей в самоуходе по Д.Орем.**

***I. Универсальные:***

* Достаточное потребление воздуха.
* Достаточное потребление жидкости.
* Достаточное потребление пищи.
* Достаточная возможность выделения.
* Сохранение баланса между активностью и отдыхом.
* Баланс между одиночеством и общением с людьми.
* Предупреждение опасности для жизни, хорошего самочувствия.
* Стимулирование желания соответствовать определенной социально группе.

***II. Потребности, связанные со стадией развития:***

* Обучение и воспитание, проблемы роста, беременности, старения.

***III. Потребности, связанные с нарушением здоровья:***

* Анатомические изменения (ожоги, отёки).
* Физиологические изменения (одышка, боль, сердцебиения).
* Изменения поведения и привычек (перепады настроения, бессонница).

При возникновении проблем в самоуходе необходимо участие близких и медицинской сестры.

Причиной разбалансировки может быть недостаточность информации и знаний у пациента.

При постановке цели (краткосрочной, промежуточной, долговременной) участвует пациент. Его участи обязательно и при планировании сестринского ухода.

**Д.Орем выделяет 6 способов сестринских вмешательств:**

* Делать за пациента.
* Руководить пациентом.
* Оказывать физическую поддержку.
* Оказывать психологическую поддержку.
* Создавать среду для самоухода.
* Обучать пациента.

***Роль сестры дополняюшая к возможностям пациента:***

Полностью компенсирующая – пациент не способен к самоуходу,

Частично компенсирующая – пациент ограничен в самоуходе,

Консультативная – пациент обеспечен самоуходом, но ему необходимо обучение.

**Оценка качества** проводится по результатам возможностей пациента и его семьи в самоуходе.

**Сравнительная характеристика моделей Д.Орем и В. Хендерсон.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Часть модели | В.Хендерсон | Д.Орем |
| Пациент | Единое целое имеет 14 потребностей в повседневной жизни | Единая функциональная система, имеющая мотивацию к самоуходу. |
| Источник проблем | Невозможность удовлетворять потребности | Нарушение баланса между потребностями и возможностями самоухода |
| Цель ухода | Цель долговременная.Восстановление независимости пациента | Цель по времени достижения любая – краткосрочная, промежуточная, долговременнаяВосстановление возможности самоухода или при участии близких |
| Сестринские вмешательства | Укрепление здоровья, расширение задач, помощь пациенту в достижении независимости | Расширение или компенсация возможностей самооухода |
| Роль сестры | Помощник врача, самостоятельный специалист  | Самостоятельный специалист, дополняющий самоуход пациента |
| Оценка качества | Удовлетворение каждой потребности, в которой выявлены проблемы. | Восстановление возможности в самоуходе с точки зрения пациента и его семьи |

 Выбирая модель сестринского ухода необходимо опираться на рекомендации ВОЗ:

* Учитывать физиологические, психологические и социальные потребности пациента,
* Выделять аспекты сохранения здоровья отдельных людей и групп лиц.
* Оценивать возможности самообслуживания и самоухода.

Для решения проблем пациента и улучшения сестринской помощи рационально использовать несколько моделей, применяя их в различных ситуациях.

**Тема 1.4. Сестринский процесс. Документация к сестринскому процессу.**

***Сестринский процесс***

Термин «**Сестринский процесс**» впервые введен в США Лилией Холл в 1955 году. В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования и создает теоретическую научную базу сестринской помощи в России.

***Сестринский процесс*** является одним из основных и неотъемлемых понятий современных моделей сестринского дела.

Сестринский процесс несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, умения индивидуализировать и систематизировать уход.

Конкретно он подразумевает использование научных методов определения медико-санитарных потребностей пациента, семьи или общества, и на этой основе отбор тех из них, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредствам сестринского ухода.

***Сестринский процесс*** динамичный, цикличный процесс. Информация, полученная при оценке результатов ухода, должна лечь в основу необходимых изменений, последующих вмешательств, действий медицинской сестры.

Одним из достижений новых сестринских технологий является внедрение сестринского обслуживания в практическое здравоохранение с использованием стандартов профессиональной деятельности.

**Стандарт** - это эталон, образец, норма, модель - единый и обязательный, принимаемый за исходное для сопоставления с ним других подобных объектов, действий и т.п.

**Стандартный план ухода** - это базовый уровень сестринского обслуживания, обеспечивающий качественный уход по определенной проблеме пациента, вне зависимости от конкретной клинической ситуации.

**Индивидуальный план ухода** - письменное руководство по уходу, представляющее собой подробное перечисление действий медсестры, необходимых для достижения целей ухода по определенной проблеме пациента с учетом конкретной клинической ситуации.

Таким образом, чтобы осуществить индивидуальный план ухода, медицинской сестре необходимо владеть знаниями стандартов специального ухода, стандартами манипуляций, процедур, ориентироваться на стандартную модель сестринского процесса.

***Сестринский процесс*** - это метод организации и оказания помощи, который включает в себя пациента и медсестру как взаимодействующих лиц.

Сестринский процесс ухода за больными состоит из ***трех основных частей:***

*1)* цель;

*2)* организация

*3)* творческие способности.

**1. Целью сестринского процесса можно назвать то, на достижении чего он направлен.**

***Цели сестринского процесса включают:***

Определение потребностей пациента в уходе.

Определение приоритетов по уходу, ожидаемых целей и результатов ухода.

Составление плана ухода за больным, направленного на удовлетворение потребно-стей пациента.

Оценка эффективности сестринского ухода.

**2. Организационная структура сестринского процесса состоит из 5 этапов:**

1) ***Обследование*** - сбор информации о состоянии здоровья пациента;

2) ***Сестринский диагноз*** - определение и обозначение существующих и потенциальных проблем пациента, требующих сестринского вмешательства;

3) ***Планирование ухода*** - определение программы действий, определение целей и задач сестринской помощи.

4) ***Выполнение*** *-* действия (вмешательства), необходимые для осуществления плана.

5) ***Оценка*** - исследование реакций пациента на вмешательства сестры, определение степени достижения целей и качества мед. помощи.

**3. Творческие способности** — *это сам сестринский процесс, углубление и расширение имеющихся знаний.*

**Первая ступень сестринского процесса** - обследование. Определяется как текущий процесс сбора и оформления данных о состоянии здоровья пациента.

**Цель:** собрать и оценить информацию о пациенте.

***Типы информации, собираемые медсестрой:***

1. Физиологические данные (из истории болезни и при физическом обследовании).

2. Данные о развитии (развитие 1 - 2 г. жизни).

3. Психологические данные (индивидуальные особенности характера, самооценка, способность принимать решение

4. Социологические данные (функции, взаимоотношение, источники).

5. Культурные данные (этнические и культурные ценности)

6. Духовные данные (духовные ценности, религиозности и т.д.)

7. Данные об окружающей среде (загрязнения, стихийные бедствия и т.п.)

8. Информационные данные, собранные при обследовании, должны быть полными точными, описательными и не должны содержать спорных утверждений.

Информационные данные, собранные при обследовании, должны быть полными, описательными и не должны содержать спорных утверждений.

***Объективные данные*** включают наблюдения и данные, полученные сестрой во время обследования (PS, АД, сыпь на коже, цвет кожи и слизистых, реакция на пальпацию и т.д.)

***Субъективные данные*** включают предположения пациента о состоянии здоровья.

*Субъективные данные* - это чувства и эмоции, выраженные словами, мимикой, жестами. Только сам пациент может дать такого рода информацию.

***Источниками информации являются:***

1. пациент (лучший источник)

2. семья

3. другие специалисты в области медицины

4. амбулаторная карта пациента

5. обзор мед. литературы.

Чтобы собрать субъективную информацию, медсестра проводит интервьюирование пациента - ***расспрос.***

Проводя расспрос, м/с использует специфические навыки общения, помогая пациенту осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. В процессе проведения интервью м/с получает информацию о физических, интеллектуальных, социальных и духовных особенностях пациента.

***Расспрос*** дает возможность наблюдать за пациентом. Во время наблюдения м/с

определяет, согласуются ли данные, полученные в процессе наблюдения с теми, которые получены посредством вербального общения.

*Например*, если пациент утверждает, что не волнуется о предстоящем обследовании, а выглядит озабоченным и раздражительным, то данные противоречивы.

При расспросе пациент тоже получает информацию, которая его интересует: о медико-санитарном окружении, методах лечения, предстоящем обследовании.

Пациент нуждается в этой информации, чтобы участвовать в планировании ухода за ним.

**На первом этапе** установления взаимоотношений между м/с и пациентом, м/с должна представиться: назвать свое имя, отчество, положение и сообщить цель беседы. Это способствует прояснению ситуации для пациента и поможет ему чувствовать себя комфортно. Нужно внушать пациенту чувство доверия и конфиденциальности. Прежде, чем попросить пациента поделиться сведениями о его самочувствии, семье, медсестра убеждает пациента, что их беседа носит сугубо конфиденциальный характер. Профессионализм, компетентность м/с способствует улучшению взаимоотношений с пациентом.

**Второй этап** - рабочая часть (сам расспрос).

***При подготовке к интервью необходимо:***

познакомиться с документацией пациента о настоящем заболевании, чтобы расспрос был целенаправленным;

подготовить вопросы - это создает организованный подход к теме интервью и делает обсуждение понятным для обоих.

***Стратегия общения***

*1. Внимательно выслушайте пациента -* это облегчает визуальный контакт и дает возможность пациенту почувствовать интерес медсестры к его проблемам и ко всему, что его беспокоит.

*2.* Одобрительное отношение способствует непредвзятому отношению к образу жизни пациента, его жизненным ценностям. Настройтесь на доброжелательное отношение, даже если ваши взгляды не совпадают со взглядами пациента.

*3.* Перефразирование позволяет оценить полученную информацию, используя специфические термины.

*4.* Уточняйте информацию. Для этого попросите пациента повторить сказанное или привести пример.

*5.* Во время обсуждения не уходите от основной темы расспроса.

*6.* Иногда уместно помолчать - это дает возможность пациенту собраться с мыслями, а медсестре вести визуальное наблюдение.

**3 этап** - заключение.

После расспроса м/с должна констатировать наблюдение, т.е. сообщить пациенту информацию, которую получила - это способствует установлению обратной связи и дает возможность узнать, как пациент воспринял информацию.

Основной целью расспроса является составление сестринской истории болезни пациента.

***История болезни*** *—* это информация о состоянии здоровья пациента, изменениях его образа жизни.

***Сестринская история болезни***

**1. *Проведение физического обследования.***

Для проведения физического обследования м/с должна владеть навыками осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации.

***2.Сбор лабораторных данных.***

Эти данные дополняют информацию в базе данных.

Лабораторное исследование назначается врачом, м/с объясняет, как больной должен приготовиться, если необходимо - как собрать мочу и т.д.

***3. Проверка данных.***

После сбора субъективных и объективных данных, данные следует проверить, чтобы убедиться в их точности.

Данные фактического осмотра и наблюдения за поведением пациента проверяются путем сравнения их с данными, полученными во время консультации с врачом, медицинским персоналом, родственниками.

Чтобы проверить, что симптомы соответствуют медицинскому диагнозу, можно связаться с медицинскими справочниками и специальной литературой.

Данные опроса можно проверить сразу после интервью, когда м/с сообщает пациенту информацию, которую получила. Любые дополнения и исправления со слов пациента следует добавить к уже имеющимся данным.

***4.Группировка данных*.**

После сбора и проверки субъективных и объективных данных м/с объединяет их в группы.

В процессе разбивки данных на группы м/с систематизирует их и выделяет т.е, на которые в первую очередь следует обратить внимание для правильного лечения и скорейшего выздоровления.

***5. Документирование информации.***

Документация данных производится после полной оценки. Данные записываются основательно и точно. Регистрируются все данные о состоянии здоровья пациента, даже 'е, которые не указывают на отклонение в состоянии здоровья. Значимость их может проявляться позже, они могут быть использованы для сравнения при изменениях состояния пациента.

**Второй этап сестринского процесса: выявление проблем пациента.**

**Проблема** - затруднение в самостоятельном осуществлении повседневной жизнедеятельности в результате нарушения физического, психологического, душевного и (или социального здоровья человека).

***Иными словами:***

- потребность удовлетворена - нет проблемы

- потребность не удовлетворена - проблема есть.

Если человек не в состоянии осуществить самоуход (нарушено мочевыделение, трудности при одевании, умывании и т.д.) ему необходима помощь - это *действительная проблема.* Иногда пациент не считает возможным сообщать всю информацию о себе, поэтому сестра не догадывается о существующих проблемах.

*Потенциальные проблемы* может предвидеть как сестра, так и пациент. Так, например, страдающий ИБС, предвидит ухудшение, если не изменит диету и физ. нагрузку. Сестра может также предвидеть обострение заболевания (пролежни, инфицирование, в том числе внутрибольничную инфекцию), поэтому она предпринимает определенные действия.

«Источниками возможных проблем человека может быть его заболевание, окружающая среда, лекарственная терапия, мед. учреждение, личные обстоятельства».

Таким образом, с одной стороны, наличие проблемы является основанием для осуществления сестринского ухода, с другой - не все проблемы требуют сестринской помощи. Так же не все пациенты, страдающие одним и тем же заболеванием или нарушением, сталкиваются с одинаковыми проблемами. Часто пациент так приспосабливается к своему заболеванию или беспомощности, что они не ведут к возникновению проблем, а значит, и не требуется сестринского ухода.

Записывая проблемы пациента в план ухода, их формулируют словами самого пациента, так как это даст возможность обсуждать с ним цель ухода, а пациенту - лучше понять план ухода.

**Определение приоритетности проблем пациента**

В первую очередь должны решаться *приоритетные (первоочередные) проблемы* пациента. Очередность решения проблем должна быть определена самим пациентом. В случаях угрозы жизни сестра сама должна определять, какую проблему она будет решать в первую очередь.

*Первоочередными* иногда могут быть и потенциальные проблемы.

***Например****:* пожилой пациент истощен, страдает недержанием мочи и (или) кала, неподвижен, сознание неясное - потенциальная проблема «высокого риска развития пролежней» становится главной.

При наличии у пациента нескольких проблем, удовлетворить их одновременно невозможно. Поэтому, разрабатывается план ухода, сестре следует обсудить с пациентом (его семьей) первоочередность проблем.

**Сестринский и врачебный диагноз.**

После завершения обследования пациента, м/с переходит к установлению диагноза.

**Установление диагноза** - это кульминация диагностического процесса, в ходе которого сестра анализирует результаты обследования и определяет проблему здоровья.

**Определение приоритетности проблем пациента**

**Различия между сестринским и врачебным диагнозом**

**Диагноз м/с** - это формулировка о действительной или потенциально возможной реакции пациента на заболевание.

***Эта реакция может быть:***

физиологической

психологической

духовной

социальной

**Врачебный диагноз** - это определение заболевания.

**Цель** диагноза мед. сестры отличается от врачебного диагноза.

**Цель диагноза м/с** - установить действительные и потенциально возможные реакции пациента, в то время как **цель врачебной диагностики** - определить и наметить план лечения болезни или патологического процесса.

**Задача диагностики м/с** - разработка индивидуального плана ухода за больным с тем, чтобы пациент и его семья смогли бы адаптироваться к изменениям, возможным из-за возникших проблем со здоровьем.

**Задача врачебной диагностики** - это назначение лечения.

Врачебный диагноз не меняется, а сестринский диагноз меняется несколько раз. Сестринский диагноз можно поставить пациенту и его семье. Врачебный диагноз - можно установить только больному.

***Пример Задача***

В пульмонологическое отделение поступила больная 70 лет с выраженной экспираторной одышкой, которая появляется у нее на запах газа. Во время обследования больная была беспокойна, ее волновало ухудшение состояния здоровья, что одышка стала возникать каждый раз, когда женщина зажигала газовую плитку, и не проходила длительное время. М/с она сообщила также, что живет одна, и дома некому поливать цветы, переживала, что они засохнут, пока она в больнице. Женщина также была озабочена тем, что сейчас пост, и сможет ли она его соблюдать, находясь на лечении.

***Нарушенные потребности***: нормально дышать, двигаться, поддерживать нужное положение, спать и отдыхать, обеспечивать безопасность, общаться, работать.

**Проблемы пациента:**

**1. *Физиологические*** - выраженная отдышка.

***2. Психологические*** - беспокойство по поводу ухудшения состояния (приступы участились), волнение о цветах (засохнут).

***3. Духовные*** - соблюдение поста.

***4. Социальные*** - живет одна.

**III этап сестринского процесса- определение целей сестринского**

**ухода**

***Определяя цели для каждой проблемы, следует учитывать:***

пожелания пациента и (или) его семьи;

возможности сестры и ресурсы;

профессиональный опыт.

**Цель** - то, чего хотят добиться пациент и сестра в результате реализации плана по уходу. Цели должны быть ориентированы на пациента и записаны простыми словами, чтобы каждая сестра понимала их однозначно.

***Цели предусматривают только положительный результат:***

уменьшение или полное исчезновение симптомов, вызывающих страх у пациента или тревогу у сестры;

улучшение самочувствия;

расширение возможностей самоухода в рамках фундаментальных потребностей;

изменение отношения к своему здоровью.

***Существует 2 причины написания целей:***

1)цели дают направление для индивидуального сестринского вмешательства.

2) цели используются для определения степени эффективности сестринского вмешательства

Цели должны быть достижимыми и реальными. Необходимо установить конкретные сроки достижения каждой цели.

**Существует 2 вида целей:**

долгосрочные

краткосрочные

***Краткосрочными*** является цели, которые должны быть выполнены за короткий период времени, обычно за 1 - 2 недели. При существующей системе здравоохранения и более коротком пребывании в больнице краткосрочные цели являются направлением для срочного сестринского ухода.

***Долгосрочными*** являются цели, которые могут быть достигнуты за более длительный период времени, обычно в течение недель и месяцев.

Долгосрочные цели могут быть определены при выписке пациента, при его возвращении домой. Эти цели обычно направлены на предотвращение, реабилитацию, приобретение знаний о здоровье. Если долгосрочные цели не выделены, это лишит пациента возможности планировать продолжение сестринского ухода при выписке.

**При написании целей должны быть указаны следующие обязательные моменты:**

**1. *Мероприятия*** *-* действие. Например, пациент освободит кишечник, самостоятельно опорожнит кишечник, получит информацию, овладеет комплексом ЛФК и самомассажа.

***2. Критерий*** - число, время, расстояние. Например, в день госпитализации, к моменту выписки, в течение недели, к моменту выписки.

***3. Условие*** - помощник, ассистент и т.д.

*Например*:

краткосрочная цель — *пациент освободит кишечник в день госпитализации с помощью клизмы, поставленной медсестрой*

долгосрочная цель — *самостоятельное опорожнение кишечника пациентом к моменту выписки*

После формулировки целей м/с составляет собственно план ухода за больными, т.е. письменное руководство по уходу, представляющее собой подборное перечисление специальных действий, м/с, необходимых для достижения целей ухода. План ухода координирует сестринский уход, обеспечивает продолжение ухода и перечисляет критерии результатов, по которым оценивается уход. План ухода организован так, что любая м/с может быстро определить, какие действия необходимы.

***План ухода обязательно документируется в сестринской истории болезни*, *что обеспечивает*:**

1. продуманность, последовательность, систему в оказании сестринской помощи;

2. преемственность и координацию ухода между сестрами;

3. легко осуществимый контроль за качеством сестринской помощи.

**IV этап – реализация плана сестринского ухода**

***Сестринские вмешательства должны быть:***

основаны на научных принципах;

конкретными и ясными, чтобы любая сестра могла выполнить то или иное действие;

реальными в пределах отведенного времени и квалификации сестры;

направлены на решение конкретной проблемы и достижение поставленной цели.

***Методы возможных вмешательств*,** т.е. какого рода сестринская помощь может планироваться м/с:

оказание ежедневной помощи;

выполнение технических манипуляций;

оказание психологической помощи и поддержки;

обучение и консультирование пациентов и членов его семьи;

профилактика осложнений и укрепление здоровья;

меры по спасению жизни;

***Существует 3 типа сестринских вмешательств:***

***Зависимое вмешательство:***

Это такие действия м/с, которые выполняются по требованию или под наблюдением врача, например инъекции антибиотиков, смена повязок, промывание желудка и т.д.

***Взаимозависимое вмешательство:***

Это сотрудничество с врачом или др. специалистом в области здравоохранения, например с физиотерапевтом, диетологом, инструктором ЛФК, когда сила 2-х сторон одинаково ценится обеими сторонами.

***Независимое вмешательство:***

Это действия, осуществляемые м/с по собственной инициативе и руководствуясь собственными соображениями, автономно, без прямого требования со стороны врача.

Они осуществляются при:

оказании помощи пациенту в осуществлении естественных потребностей;

наблюдении за реакцией пациента на болезнь, адаптацией его болезни;

наблюдении за реакцией пациента на лечение, адаптацией к лечению:

обучении пациента (родственников) самоуходу (уходу)

консультировании пациента относительно его здоровья.

**Д. Орэм в предлагаемой ею модели четко формулирует**

***3 системы сестринской помощи:***

***Полностью компенсирующая система*** *для:*

пациентов, которые не в состоянии осуществлять никаких действий по самоуходу и находящихся в бессознательном состоянии;

пациентов, находящихся в сознании, которым не разрешено двигаться или они не могут передвигаться самостоятельно;

пациентов, которые не в состоянии самостоятельно принимать решения и ухаживать за собой, но могут передвигаться и выполнять некоторые действия по самоуходу под руководством и наблюдением специалистов.

***Частично компенсирующая система*** предназначена для пациентов, имеющих различную степень ограничения двигательной активности. От пациента требуется определенные знания и умения, а также готовность выполнять определенные действия.

***Консультативно-поддерживающая система*** используется пациентами, осуществляющими самоуход или обучающимися ему при наличии помощи. Сестра поддерживает, руководит, обучает, создает подходящий климат для самоухода.

**Реализация плана**

***При выполнении плана нужно обратить внимание на следующие моменты:***

- как передается информация о необходимых сестринских вмешательствах;

- когда их выполнять;

- как координируются все вопросы ухода

- какова ответственность и отчетность в сестринском уходе

При реализации сестринского вмешательства необходимо координировать действия сестры с действиями других мед. работников, пациента, его родственников, учитывая их планы и возможности.

**V этап сестринского процесса:**  ***оценка результатов и коррекция ухода.***

При оценке сестринского процесса выполняются несколько функций (основные аспекты оценки):

определяется достигнуты ли поставленные цели;

определяется эффективность сестринского вмешательства при решении конкретной проблемы пациента;

дается информация для переоценки потребностей пациента и нового планирования ухода (в том случае, если цель не была достигнута)

**Определение достижения поставленных целей**

Определить эффективность сестринского ухода можно прежде всего установив, достигнуты ли поставленные совместно с пациентом цели.

Время и дата проведения оценки должны быть указаны для каждой выявленной проблемы.

***Например:*** *при оценке действия снотворного препарата оценка может проводиться через короткий промежуток времени, при обучении умственно — отсталого ребенка навыкам самоухода (одеваться, умываться, пить и т.д.)* — *через продолжительное время; при образовании пролежней и оценке их состояния* — *ежедневно.*

***Сама по себе оценка*** *-* это написанное сестрой заключение о реакции пациента на сестринский уход (объективная оценка) и мнение пациента о достижении цели (субъективная оценка). Эти оценки могут не совпадать, тогда предпочтение должно быть отдано оценке самого пациента.

В результате оценки можно отметить достижение цели, отсутствие ожидаемого результата или даже ухудшение состояния пациента, несмотря на проводимые сестринские вмешательства.

Если поставленная цель достигнута, дается четкая запись в плане ухода:

«Цель достигнута». В том случае, если не достигнута или достигнута не полностью, в графу «Итоговая оценка» записывается как словесная реакция пациента, так и оценка сестрой поведенческой реакции пациента.

В некоторых случаях сестры делают запись «Прекращено» рядом с записью соответствующего сестринского вмешательства, или перечеркивают решенную проблему. В любом случае записи уже решенных проблем пациента не убирается из плана.

**Определение эффективности сестринского вмешательства**

При осуществлении оценки очень важно учитывать мнение пациента об оказываемой помощи, о выполнении плана по уходу и об эффективности сестринских вмешательств.

В идеальном случае итоговую оценку должна осуществлять сестра, проводившая

первичную оценку состояния пациента. Сестра должна отметить любые побочные действия и неожиданные результаты при выполнении ею плановых сестринских вмешательств.

Определяя эффективность сестринского вмешательства, следует обсудить с пациентом его собственный вклад, а также вклад членов его семьи в достижение поставленной цели.

**Переоценка проблем пациента и новое планирование ухода.**

План по уходу целесообразен и дает положительный результат только в том случае, если он подвергается коррекции и пересматривается каждый раз, когда в этом есть необходимость. Это особенно актуально при уходе за тяжело больными, когда их состояние быстро изменяется.

**Основания для изменения плана*:***

цель достигнута и проблема снята;

цель не достигнута;

цель достигнута не полностью;

возникла новая проблема и (или) прежняя проблема перестала быть столь актуальной в связи с возникновением новой проблемы.

**Тема 1.5. Потребность пациента в нормальном дыхании.**

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

**Нормальное дыхание:**

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

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

*Внешнее дыхание* - это доставка кислорода в кровь.

*Внутреннее дыхание* - перенос кислорода из крови к органам и тканям организма.

 Внешнее дыхание.

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

Внутреннее дыхание.

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

В физиологических условиях дыхательные движения грудной клетки совершаются за счет сокращения главных дыхательных, межреберных мышц, диафрагмы и мышц брюшной стенки. Дыхание состоит из фаз вдоха и выдоха, которые осуществляются в определенном постоянном ритме.

В норме у здорового человека дыхание ритмичное, 16-20 дыхательных движений в минуту (ЧДД)

***тахипноэ*** - частота дыхательных движений больше 20.

***брадипноэ*** - частота дыхательных движений меньше 16.

**Ритм дыхательных движений** - это дыхательные движения через определенные промежутки времени.

Если эти промежутки одинаковые - дыхание ритмичное, если нет аритмичное.

При ряде заболеваний дыхание может быть **поверхностным (вдох и выдох короче)** или наоборот очень ***глубоким (урежение дыхания).*** Частота дыхания зависит и от положения тела: лежа - 14-16 в минуту, в вертикальном положении - 16-20. Изменяется частота дыхания в зависимости от режима физической активности: 12-14 в минуту во время сна, учащение при физической нагрузке.

 **Типы дыхания:**

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

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

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

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

 боли в горле, в грудной клетке

 одышка

 удушье

 кашель

 кровохарканье

 лихорадка

**1. Боли в горле, в грудной клетке** возникают, обычно, при вовлечении в патологический процесс лепестков плевры.

*Следует уточнить у пациента:*

локализацию болей;

интенсивность и характер боли;

причину усиления или уменьшения боли (например, пациент лежит на больном боку – так ему легче, так как реже кашель или прижимает больной бок рукой).

Боли появляются или усиливаются на высоте глубокого вдоха и при кашле.

**Запомните! Признаками любой (по локализации) боли могут быть:**

голосовые реакции (тихие или громкие стоны, плач, крик, изменение дыхания);

выражение лица (гримасы, стиснутые зубы, наморщенный лоб, крепко зажмуренные или широко раскрытые глаза, крепко стиснутые зубы или широко раскрытый рот, прикусывание губ и т.д.);

телодвижения (беспокойство, неподвижность, напряжение мышц, непрекращающееся движение вперѐд - назад, почѐсывания, движения, защищающие болезненную часть тела и т.д.);

социальные взаимодействия (избегание разговоров и социальных контактов, осуществление только тех форм активности, которые облегчают боль, сужение круга интересов).

1) ***Инспираторная*** - затруднен вдох. Это бывает, например, при попадании в дыхательные пути инородного тела или любого механического препятствия.

2) ***Экспираторная*** - затруднен выдох. Такой тип одышки характерен для бронхиальной астмы, когда происходит спазм бронхов и бронхиол.

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

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

**3. Удушье** - резко выраженная одышка с глубокими вдохом и выдохом, учащением дыхательных движений и мучительным ощущением стеснения в груди и нехватки воздуха, заставляющая пациента занимать вынужденное сидячее положение.

**4. Кашель** – это сложный защитно-рефлекторный акт, направленный на выведение из бронхов и верхних дыхательных путей мокроты и инородных тел.

**Кашлевой толчок**- форсированный звучный выдох.

 *Кашель может быть:*

Сухой – без выделения мокроты.

Влажный – с выделением мокроты различного количества и качества.

**Мокрота** – патологический секрет, выделяемый из дыхательных путей при кашле.

1) Количество варьирует в широких пределах

2) Запах чаще всего отсутствует. Зловонный запах свежей мокроты при гнилостном распаде тканей (гангрена, распадающийся рак) или при разложении белков мокроты, при задержке ее в полостях (бронхоэктазы, абсцесс легкого).

3) Цвет зависит от заболевания:

при крупозной пневмонии – «ржавая»

при раке легкого – «малиновая»

при бронхиальной астме – бесцветная «стекловидная»

4) По характеру может быть:

слизистая – бесцветная, прозрачная,

слизисто-гнойная

серозная

гнойная – содержит гной, зеленоватый цвет (при прорыве абсцесса легкого)

с примесью крови – цвет ржавый, цвет шоколадный.

5) По консистенции – густая, жидкая, пенистая.

**Эффективность кашля зависит от нескольких факторов:**

текучести мокроты;

замыкания голосовой щели;

способности пациента сделать глубокий вдох и сжать лѐгкие, чтобы повысить в них давление.

При повреждении нервных центров, мышечной слабости, парезе кишечника, болевом синдроме, наличие интубационной трубки или трахеостомы, а также не смыкании голосовых связок - очистка лѐгких с помощью кашля не возможна.

**5. Кровохарканье** – это выделение крови или мокроты с кровью во время кашля.

**6. Лихорадка** – это повышение температуры тела выше 37 градусов, активная защитно-приспособительная реакция организма в ответ на разнообразные патогенные раздражители.

**Патологические типы дыхания:**

***Большое дыхание Куссмауля*** — порывы судорожных, глубоких вдохов, слышимых на расстоянии. Резкое глубокое дыхание. Характерно для терминальных состояний.

****

***Дыхание Биота*** — чередование глубоких вдохов с длительными паузами. Равномерное по глубине дыхание, но с большими паузами. Возникает при различных коматозных состояниях и всегда указывает на серьезный прогноз.

******

**Дыхание Чейна — Стокса** — поверхностные и редкие дыхательные движения становятся глубже и чаще и после максимума снова слабеют и урежаются. После апноэтических пауз цикл повторяется снова. Встречается при тяжелых патологических процессах: нарушении кровообращения, кровоизлиянии в мозг, заболевании мозга, уремической и диабетической коме, различных интоксикациях и т. д.

******

**Острая дыхательная недостаточность** – сопровождается учащением пульса (тахикардия – более 80 уд.в мин.) иногда пульс становится частым аритмичным или редким (брадикардия-меньше 60 уд.в мин).

Пациент может предъявлять **жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы:**

1) **Сердцебиение –** неприятное ощущение в области сердца

2) **Перебои в области сердца** – связано с нарушением сердечного ритма (экстрасисталия).

3) **Боли в области сердца –** сжимающие, давящие, приступообразного характера с иррадиацией вверх и влево, связанные с физической нагрузкой, эмоциональным перенапряжением. Колющие, постоянные, интенсивные.

4) **Отѐки нижних конечностей (сердечные)** – указывают на декомпенсацию. Возникают или нарастают к вечеру, холодные и плотные на ощупь.

Жидкость может равномерно распределяться в подкожной клетчатке, а может скапливаться в полостях.

**Асцит** – скопление жидкости в брюшной полости.

**Гидроторакс** – скопление жидкости в плевральной полости.

**Гидроперикардиум** – скопление жидкости в околосердечной сумке.

**Анасарка** – отек всего тела.

***Причины проблем пациента при нарушении дыхания:***

Незнание, неумение пользоваться карманным ингалятором;

Незнание или неумение занять дренажное положение;

Затруднение отхождения мокроты;

Страх смерти от удушья;

Необходимость отказа от курения;

Закупорка дыхательных путей;

Связанные с хроническим характером заболевания.

**Определение целей сестринского ухода.**

Пациент сможет самостоятельно пользоваться ингалятором (плевательницей)

Пациент бросит курить (уменьшит количество выкуриваемых сигарет в день)

Пациент будет знать приемы самопомощи при приступе удушья и т.д.

**Сестринский уход.**

**1. Положение с приподнятым изголовьем кровати** – улучшает дыхание.

**2. Постуральный дренаж** - лечебная процедура, облегчающая отхождение бронхиального секрета и повышающая продуктивность кашля путем придания телу специальных дренажных положений.

***Дренажные положения*** *(для лучшего отхождения мокроты):*

**

**3. Обучение пациента «технике кашля».** Один из способов:

Сделать медленный глубокий вдох;

 Задержать дыхание на 2 секунды;

Открыть рот и откашляться во время выдоха.

**4. Дыхательные приемы.** Например, пациент выдыхает сквозь сжатые губы, при этом выдох удлиняется (легче откашливается мокрота).

**4. Оксигенотерапия –** это применение кислорода с лечебной или профилактической целью. Методы: ингаляция кислорода через носовую канюлю, лицевую маску, носовой катетер.

**Оценка сестринского ухода.**

В процессе реализации плана ухода сестра осуществляет текущую и итоговую оценку эффективности сестринских вмешательств. Если вмешательства, были неэффективны следует, изменить характер вмешательств, согласовав с врачом.

**Возможные сестринские вмешательства при нарушении удовлетворения потребности в нормальном дыхании:**

 Применять обильное, теплое, щелочное питье;

Выполнять простейшие физиотерапевтические процедуры;

Обучить пациента технике выполнения ингаляций;

 Применять противокашлевые препараты;

 Проводить массаж грудной клетки;

 Соблюдать режим проветривания помещений;

Обеспечить доступ свежего воздуха;

Обучить пациента правилам пользования карманным ингалятором;

Проверить и восстановить проходимость дыхательных путей;

 Очистить ротовую полость от пены и слизи.

**Тема 1.6. Потребность пациента в адекватном питании и питье.**

**Потребность в пище.** Питание имеет значение для поддержания здоровья и хорошего самочувствия. Родители, удовлетворяя по­требность младенца в рациональном питании, проявляют не только родительскую заботу, но и обеспечивают ребёнку возможность нор­мального роста и развития. Рациональное питание взрослого помо­гает исключить факторы риска многих заболеваний. Например, ишемическая болезнь сердца обусловлена употреблением пищи, богатой насыщенными животными жирами и холестерином.

Рацион, содержащий большое количество круп и растительных волокон, снижает риск развития рака толстой кишки. Адекватное питание при болезнях способствует выздоровлению. Так, высокое содержание белка в пище содействует заживлению ран, в том числе |и пролежней. Отметим, что неудовлетворённая потребность человека в питании часто приводит к ухудшению самочувствия и здоровья.

**Потребность в жидкости.** Здоровый человек должен выпивать 2,5—3 л жидкости ежедневно. Такое количество жидкости восполняет физиологические потери в виде мочи, пота, кала и испарений •при дыхании. Для сохранения водного баланса человек должен употреблять жидкости больше, чем выделять, в противном случае появляются признаки обезвоживания. От знаний и умений меди­цинской сестры предвидеть обезвоживание зависит возможность пациента избежать многих осложнений.

***Первичная оценка потребности в адекватном питании и питье.***

Для оценки адекватности питания пациента и потребления им жидкости следует знать его возраст, пол, рост и массу тела. Выяснить пользуется ли пациент зубными протезами, может ли самостоятельно принимать пищу, жидкость, а также возможность обеспечивать себя разнообразной пищей в достаточном количестве. Часто в результате обследования выясняется, что, несмотря на возможность самостоятельно принимать пищу и жидкость, и обеспечивать себя ими, человек питается плохо, нерационально и однообразно в силу привычек, жизненных обстоятельств, дефицита знаний.

 Для оказания адекватной помощи пациенту необходимо получить информацию о его аппетите (хороший, повышен, понижен, отсутствует), любимых и нелюбимых блюдах, особой диете, которую человек соблюдает по причине того или иного заболевания. Иногда потребность в питании не удовлетворяется из-за боли, появляющиеся после приема пищи, тошноты, рвоты, а также стойкого неприятного запаха изо рта.

Неудовлетворенность потребности в питании может быть обусловлена неадекватной физической нагрузкой, как чрезмерной, так и ограниченной.

Потребность в приеме достаточного количества жидкости может нарушаться из-за невозможности самостоятельного посещения туалета и вынужденной зависимости от других людей, в том числе и от медперсонала. Неудовлетворенность потребности пациента в жидкости проявляется признаками обезвоживания (сухость кожи, слизистых оболочек, запор и др.).

 Необходимо помнить, что пониженной считается масса тела, на 10 -20% меньше идеальной для человека данного возраста, роста и конституции. В некоторых случаях масса тела может быть снижена на 20% и более, вплоть до кахексии. Избыточной считается масса тела, превышающая на 10% идеальную для человека данного телосложения. Если масса тела превышает идеальную на 20% и более, человек считается тучным.

Идеальную массу тела определяют по специальным таблицам, учитывающим пол, возраст и рост человека. Наиболее точно и просто можно определить идеальную массу тела по индексу Кетле. Если пациент не может точно назвать массу своего тела, следует определить её. Для вычисления индекса нужно разделить свою массу тела (в кг) на рост (в метрах), возведенный во вторую степень, так, например, при росте 1,7м и массе тела 70 кг индекс будет следующим: К=70/ (1,7х1,7) = 24,22

 Оптимальные значения индекса Кетле для мужчин и женщин.

Среднее значение для мужчин - 22; для женщин - 20,3;

Минимальное значение для мужчин -20,1; для женщин -18,7;

Максимальное значение для мужчин -25,0; для женщин -23,8.

**Основы рационального питания.**

**Рациональное питание** (от латинского слова - разумный) - это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда и др. факторов. Рациональное питание способствует сохранению здоровья, сопротивляемости вредных факторов окружающей среды, высокой физической и умственной работоспособности, а также активному долголетию. Требование к рациональному питанию слагаются из требований к пищевому рациону, режиму питания и условиям приема пищи.

1. Энергетическая ценность рациона должна покрывать энерготраты организма.

2. Надлежащий химический состав - оптимальное количество сбалансированных между собой пищевых (питательных) веществ.

3. Хорошая усвояемость пищи, зависящая от ее состава и способа приготовления.

4. Высокие органолептические свойства пищи (внешний вид, консистенция, вкус, запах, цвет, температура). Эти свойства пищи влияют на аппетит и ее усвояемость.

5. Разнообразие пищи за счет ассортимента продуктов и различных приемов их кулинарной обработки.

6. Способность пищи (состав, объем, кулинарная обработка) создавать чувство насыщения.

**7.**Санитарно-эпидемическая безупречность и безвредность пищи.

**Энергетическая ценность пищевого рациона.** С пищей человек получает вещества, необходимые для нормальной жизнедеятельности. С продуктами питания человек получает белки, жиры, углеводы, минеральные соли, воду, витамины и другие вещества, для восстановления тканей, покрытия энергетических расходов и других потребностей организма. Все эти вещества участвуют в сложных процессах обмена, подвергаются распаду и удаляются из организма.

**Энергетическая ценность**, или **калорийность** — это количество энергии, высвобождаемой в организме человека из продуктов питания в процессе пищеварения, при условии её полного усвоения. Энергетическая ценность продукта измеряется в килокалориях (ккал) или килоджоулях (кДж) в расчете на 100 г продукта. Килокалорией, называется то количество тепла, которое необходимо для нагревания 1 кг воды на 1°С. 1 г белка выделяет 4, 1 ккал, 1 г жира— 9, 3 ккал, 1 г углеводов — 4, 1 ккал.

**Пищевая ценность** продукта — это содержание в нём углеводов, жиров и белков из расчёта на 100 грамм продукта.

Для продуктов, ещё не готовых к употреблению, — макароны, крупы, пельмени и тому подобное — энергетическая и пищевая ценности указываются в расчёте на 100 грамм исходного (то есть сырого или сухого) продукта. Рассчитывается по формуле -Калорийность(ккал) = Белки \* 4 + Жиры \* 9 + Углеводы \* 4

Калорийность продуктов вычисляют по специальным таблицам.

Килокалория, используемая для измерения энергетической ценности продуктов питания, также носит название «пищевая калория», поэтому, при указании калорийности в килокалориях приставку «кило» часто опускают.

**Основными принципами** рационального питания являются:

**1) полноценность** (сбалансированность и соответствие энергетической ценности пищи - энергозатратам человека).

**2)разнообразие,**

**3) умеренность**,

**Режим питания,**

Существует закон адекватности питания – полноценное поступление в организм разнообразных пищевых продуктов (т).

Питание представляет собой сложный процесс поступления, переваривания, всасывания и ассимилиции в организме пищевых веществ, необходимых для покрытия его энергетических затрат, построения и возобновления клеток и тканей тела и регуляции функций организма.

В процессе питания факторы внешней среды в виде пищевых веществ вступают и тесный контакт с пищеварительными органами подвергаются необходимым изменениям под действием пищеварительных ферментов, поступают в лимфу и в кровь, и, таким образом, превращают в факторы внутренней среды организма.

Очень важно обеспечить поступление в организм необходимых пищевых веществ в оптимальном количестве и в нужное время. Ведь что такое рациональное питание?

По существу это соблюдение 7 основных правил питания:

1) Правило первое: пищевой рацион должен быть максимально разнообразным.

Нет ни одного продукта, который мог бы обеспечить потребность организма во всех питательных веществах. Поэтому для полноценного питания человеку нужны различные продукты, дополняющие друг друга. Например, в картофеле есть витамин С, но нет железа, а в хлебе, наоборот, есть железо, но нет витамина С. Наевшись черного хлеба, мы получим достаточно белка, солидно “переберем” углеводов и почти не получим жиров. В картофеле мало белков и почти совсем нет жиров, а в сахаре – одни углеводы и в количестве, вдвое превышающем рекомендуемое диетологами.

2) Правило второе: основу пищевого рациона должны формировать хлеб, изделия и блюда из круп и макарон, картофеля.

Эти продукты, богатые белками и углеводами, должны обеспечивать более половины суточной потребности в энергии. Кроме того, они являются важным источником растительного белка, витаминов (в особенности группы В), минералов (калий, кальций, магний) и пищевых волокон, необходимых для нормального пищеварения.

3) Правило третье: овощи (дополнительно к картофелю) и фрукты необходимо включать в рацион несколько раз в течение дня и в количестве не менее 400 г в сутки.

Обладая невысокой калорийностью, овощи и фрукты являются незаменимыми источниками витаминов, минералов, легко усвояемых углеводов, аминокислот и многих других биологически активных веществ, так необходимых нашим клеткам. Овощи и фрукты – источники природных антиоксидантов (бета-каротин, витамины С и Е), которые помогают предупредить многие заболевания сердечно-сосудистой системы, атеросклероз, некоторые формы рака. Особенный дефицит антиоксидантов наблюдается у курильщиков, так как в процессе горения табака образуется большое количество свободных радикалов, нарушающих нормальное течение обмена веществ. Овощи и фрукты богаты также пищевыми волокнами, о которых мы уже упоминали выше.

4) Правило четвертое: в ежедневный рацион следует включать молочные продукты, лучше с низким содержанием жира.

Они полезны человеку во все периоды его жизни, так как содержат питательные и биологически активные вещества и являются важным источником незаменимых аминокислот, минералов и, особенно, кальция. При этом, по сравнению с другими продуктами, кальций в молоке находится в легко усвояемой форме. Молочные продукты очень нужны детям, подросткам, а также беременным и кормящим женщинам. Больше кальция (в том числе и с молочными продуктами) необходимо и женщинам, у которых в связи с возрастными изменениями гормонального баланса (снижается уровень эстрогенов), нарушается обмен кальция в костной ткани. Пожилым людям лучше употреблять нежирные, менее калорийные молочнокислые продукты (кефир, творог, сметана, йогурт и другие).

5) Правило пятое: из мясных продуктов предпочтение следует отдавать нежирному мясу и птице.

Мясо – источник белков и жиров. Но оно содержит насыщенные жирные кислоты, которые уступают по биологическим свойствам ненасыщенным, и очень мало эссенциальных. Кроме того, в животных жирах много холестерина, и чрезмерное их потребление увеличивает риск развития атеросклероза и ишемической болезни сердца. Поэтому лучше употреблять нежирное мясо или птицу, в которой больше ненасыщенных жирных кислот. Совсем немного нам нужно таких мясных продуктов, как колбасы, сосиски, паштеты, так как сама технология их изготовления предусматривает добавление 20-30% твердых (насыщенных) жиров. А еще лучше вообще ограничить потребление мяса до 80 г в сутки, а в качестве источника белка употреблять больше рыбных, злаковых, соевых продуктов или орехи.

6) Правило шестое: сахар, соль и алкоголь – самые “незваные” гости в пищевом рационе.

Эти продукты нуждаются в наиболее тщательной дозировке.

Сахар – только источник энергии. Его много в кондитерских изделиях, мороженом, сладких напитках. Пищевой сахар – это чистый углевод (сахароза), он очень калорийный (перевариваясь, каждая молекула образует две молекулы глюкозы), но обладает низкой пищевой ценностью. Как мы уже упоминали, сахар стимулирует накопление жиров в клетках и тканях, требует много инсулина для расщепления и способствует развитию атеросклероза у пожилых людей. Сладкие продукты не являются необходимыми для нашего рациона. Лучше употреблять в пищу фрукты и варенье, которые содержат больше фруктозы, глюкозы и других моносахаров, не требующих участия инсулина в процессе усвоения.

Соль – источник натрия, очень необходимого нашему организму. За сутки с мочой выводится 3-6 г натрия и возместить эти потери можно только за счет пищевого поступления. 3-6 г натрия – это примерно 1 чайная ложка поваренной соли. Важно также заметить, что натрий “работает” в организме в связке с калием и, если в пище больше калия, то выделение натрия увеличивается и, следовательно, возрастает потребность в нем. Не приходилось ли вам задумываться, почему мы так любим подсаливать картофель? Это не только дань традиции, но и необходимость, потому что картофель богат калием и усиливает выделение натрия. А соль этот “недостаток” картофеля компенсирует. м

Про алкоголь сказано и написано столько, что трудно что-либо добавить. Однако может быть следует взглянуть на эту проблему под несколько иным, нетрадиционным углом. Алкоголь не обеспечивает организм необходимыми питательными веществами, так как их не содержит, но он очень калорийный продукт. При расщеплении 1 г выделяется 7 ккал энергии. Для сравнения 1 г крахмала дает нам 4 ккал, а 1 г жира – 9 ккал. Кроме того, алкоголь возбуждает аппетит, что на фоне снижения уровня самоконтроля может привести к перееданию. Алкоголь, как и любое другое фармакологически активное вещество (а он таким и является), взаимодействует с организмом, изменяя процессы пищеварения, обмена веществ, действуя на мозг, печень, сердце и другие органы и системы. Чем выше доза, тем вероятнее и сильнее проявления токсичности. Хроническое потребление высоких доз алкоголя вызывает дефицит витаминов, минеральных веществ, приводит к развитию различных заболеваний.

Большинство специалистов по здоровому питанию сходится на том, что ежедневное потребление алкоголя не должно превышать 20 г в пересчете на чистый спирт. Это соответствует примерно 50 г водки, стакану сухого вина или двум банкам пива. При регулярном потреблении алкоголя даже в таких сравнительно безопасных дозах следует делать перерыв хотя бы на один день в неделю.

7) Правило седьмое: если вы не уверены, что правильно и разнообразно питаетесь – контролируйте свою массу тела.

**Белки**

Продукты питания состоят из пищевых веществ, основными из которых являются белки, жиры, углеводы, минеральные вещества и витамины.

Белки — главный структурный элемент клеток и тканей. Их недаром называют основой жизни. Пожалуй, нет ни одной функции, которую организм осуществлял бы без участия белков. Многие химические реакции ускоряются биологическими катализаторами — ферментами, представляющими собой белки. Некоторые гормоны, регулирующие углеводный обмен, в частности инсулин,— это тоже белки. В поглощении кровью кислорода из воздуха участвует железосодержащий белок эритроцитов — гемоглобин. К белкам относятся и антитела, появляющиеся в организме человека после попадания в него чужеродных веществ (антигенов). Из белков состоят и мышцы. Главным компонентом опорных тканей (костей, сухожилий, связок) также является белок-коллаген.

Белки представляют собой сложные биополимеры, состоящие из более простых веществ — аминокислот. Наиболее ценны те белки, аминокислотный состав которых близок к аминокислотному составу белков человеческого организма. Такие белки в большей степени используются для построения клеток и тканей.

Белки пищевых продуктов состоят из 8 незаменимых аминокислот и 12 заменимых (для взрослого человека). Для нормального питания необходимо определенное количество как заменимых, так и незаменимых аминокислот.

Суточная потребность человека в белке зависит от возраста, пола, физической нагрузки и составляет 1 —1,5 г на кг массы тела взрослого человека. Для растущего детского организма эта норма значительно выше и тем больше, чем младше ребенок (2—3 г/кг)

Для взрослого человека, занимающегося легким физическим трудом, потребность в белке составляет 80—90 г.

Белки животного происхождения, содержащиеся в мясе, рыбе, птице, яйцах, молоке и молочных продуктах, считаются полноценными потому, что в них содержатся незаменимые аминокислоты.

Растительные белки в своем подавляющем большинстве являются менее полноценными, так как они в значительно меньшем количестве содержат одну или несколько незаменимых аминокислот.

В повседневной жизни человек использует для питания продукты, включающие как животные, так и растительные белки. Суточная потребность человека в белке зависит также от качества белка: чем более неполноценными являются потребляемые белки, тем выше должна быть суточная норма белка и, следовательно, продуктов (до разумного предела) и, наоборот, чем ближе по составу потребляемые белки к идеальному белку, тем меньшая должна быть эта норма (теоретически 56—63 г).

Хотя растительные белки менее полноценны, но они играют существенную роль в питании человека. Оптимальное соотношение животных и растительных белков находится в пределах от 60:40 до "10:50 (в зависимости от качества растительного белка), а в среднем составляет 55:45.

**Жиры**

Из всех пищевых веществ жиры являются наиболее концентрированными источниками энергии.

Жир улучшает вкусовые свойства пищи, повышает ее питательность, усвояемость, создает чувство насыщения и, обладая высокой калорийностью, дает возможность уменьшить объем пищи.

Из жиров (растительных, животных и комбинированных) наиболее ценными являются растительные масла, в состав которых входят полиненасыщенные жирные кислоты, а также фосфатиды и витамин Е. Полиненасыщенные жирные кислоты нормализуют жировой обмен и обмен холестерина и тем самым препятствуют развитию атеросклероза. От того, какие жиры используются в питании, зависит, следовательно, здоровье. При подборе жира учитывается его усвояемость организмом, что очень важно в детском и диетическом питании, а также температура дымообразования, при превышении которой жир разлагается и обжариваемый продукт приобретает неприятный привкус горечи.

Любой жир обладает специфическим вкусом, запахом, консистенцией и очень важно применять его правильно. Например, рыба плохо сочетается с говяжьим, бараньим и свиным жиром, но хорошо с растительным. Свиное, говяжье сало непригодно для обжаривания мучных изделий со сладкими начинками, для изготовления крупяных, хлебных и других сладких запеканок. Тугоплавкий жир не используют для холодных блюд — он дает неприятный привкус, «стынет на губах». В этом случае подойдет растительное масло, маргарин, свиной жир.

Домашнюю птицу целесообразно обжаривать в собственном жире, а нежирную — в свином топленом жире или топленом масле. Говядину, свинину или баранину обжаривают на говяжьем, свином или бараньем жире. Не следует жарить продукты на сливочном масле. Его лучше добавлять кусочком в готовое горячее блюдо или в соусы — сохраняется его биологическая ценность и улучшается вкус пищи.

Маргарин является заменителем сливочного масла и по усвояемости и другим физиологическим свойствам не уступает ему. Он имеет даже преимущество: в нем больше содержится жирных кислот, витаминов и фосфатидов.

В суточном рационе растительные масла должны составлять 30—35 % общего количества жиров. Необходимо включать в меню больше блюд и закусок с растительным маслом или заправками, его содержащими: салаты из свежих, вареных, квашеных овощей, сельди, кильки, голубцы, баклажаны, кабачки фаршированные, маринады, вегетарианские заправочные супы, супы с грибами, рагу овощное, рыбные блюда, соусы. В салатах из помидоров, огурцов не следует заменять растительное масло сметаной. Рекомендуется чаще использовать майонез: в нем более 80 % растительного масла. А из майонеза промышленного изготовления следует готовить производные соусы — с зеленью, сладким перцем, солеными огурцами, хреном и различными овощами, грибами, плодами, творогом и другими продуктами.

Удовлетворить потребность организма в полиненасыщенных кислотах можно также за счет жира морской или пресноводной рыбы. Эти кислоты полнее усваиваются в сочетании с растительным маслом. Поэтому весьма полезны сельдь или килька с растительным маслом, горячие рыбные блюда с ним же. И если добавить в сливочное масло сельдь или кильки, то они повышают его биологическую ценность, обогащают полиненасыщенными жирными кислотами, причем сохраняются все ценные свойства этого масла (витаминная активность, содержание низкомолекулярных жирных кислот и т. д.).

Хорошо комбинировать баранье сало с растительным маслом при приготовлении плова и других блюд. По традиции некоторых национальных кухонь лук и баранину для плова обжаривают на хлопковом масле, что обеспечивает оптимальное соотношение жирных кислот в готовом блюде и обогащает его важнейшей полиненасыщенной линолевой кислотой.

Кулинарные жиры промышленной выработки содержат кроме гидрогенизированных жиров растительное масло. Они полезнее говяжьего и бараньего топленого сала, отличаются невысокой температурой плавления (26—29°), малым содержанием влаги (0,1—0,3 %), не имеют резко выраженного запаха, выдерживают нагревание до 200—210°. Поэтому их следует активно применять в приготовлении кулинарных изделий. С кулинарными жирами хорошо готовить первые блюда, в состав которых входят поджаренные или тушеные овощи: борщи, рассольники, картофельные, овощные и другие заправочные супы. Эти жиры можно использовать для вторых блюд из картофеля, овощей, бобовых — жареных, тушеных, запеченных; для гарниров из тех же продуктов, а также для приготовления мясных блюд и соусов. Кулинарные жиры целесообразно использовать и в качестве фритюра. Но лучше для этого применять специальные фритюрные жиры. Если же используют растительное масло, то в смеси с животными жирами, причем только рафинированное, оно более устойчиво при длительном нагревании.

**Углеводы**

Источниками углеводов являются растительные продукты: хлеб, макаронные изделия, картофель, овощи, плоды, ягоды. Продукты животного происхождения содержат их в незначительном количестве в виде животного крахмала — гликогена и молочного сахара — в молоке.

Чем больше в пище углеводов, тем больше должно быть витамина bi. Поэтому особенно полезны блюда, в которых сочетаются продукты, богатые углеводами и витамином В| (мука грубых помолов, крупы и т. д.): крем сливочный сладкий с ржаными сухарями, запеканки фруктовые с хлебом, различные крупеники, крупяные блюда с овощами и фруктами, блюда из макаронных изделий с овощами, сладкие пудинги, запеканки, коврижки и т. д.

Конфеты, пирожные, торты, мороженое и другие кондитерские изделия (ассортимент которых превышает 1000 наименований) являются наиболее вкусными источниками углеводов (сахарозы) и обладают высокой калорийностью, но низким содержанием незаменимых факторов. Основа этих сладостей — сахар, как сейчас говорят, является носителем пустых калорий. Никакой ценности, кроме энергетической, у него нет. Для полнеющих людей, пожилых и ведущих малоподвижный образ жизни избыток чистого сахара (калорий) повышает синтез холестерина, нарушает жировой обмен, а следовательно, повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета. Кроме того, сахароза не откладывается в печени в виде запасов гликогена, как это происходит при избытке глюкозы и фруктозы, а перенасыщает собой организм. Поэтому потребность организма в сахаре надо удовлетворять фруктозой и глюкозой, которые содержатся в фруктах (пить чай не с сахаром, а с вареньем, предпочитать пирожные не со сладким кремом, а с фруктовыми начинками и т. д.). (11, 191 с.)

Ограничить калорийность питания можно также за счет употребления овощей, бедных углеводами: капусты, кабачков, помидоров, баклажанов, салатов (ромен, латук), редьки, репы, редиса. В них содержится от 3 до 4 % углеводов.

Тем, кто практически здоров, но мало работает физически и не занимается интенсивно спортом, следует ограничить потребление сахара до 50—70 г в день (сюда входит сахар в чае, кофе и других сладких блюдах).

Тому, кто связан с большими физическими нагрузками, можно употреблять по 90—100 г сахара в день.

Важную роль в рациональном питании играет клетчатка. Она усиливает двигательную функцию кишечника, выделение пищеварительных соков, нормализует деятельность полезной микрофлоры его, выводит из организма холестерин, что предотвращает развитие атеросклероза, способствует ликвидации отрицательных последствий избыточного потребления сахара. Большое потребление сахара и крахмала при недостатке клетчатки приводит к возникновению желчнокаменной болезни, холецистита, ожирения, ишемической болезни сердца, кариеса. Вот почемунеобходимо потреблять как можно больше овощей и фруктов. Свежие овощи и фрукты содержат примерно 1—2 % клетчатки, 10 % сахара. Сахар овощей и фруктов (фруктоза, глюкоза) и их соков более ценен, чем углеводы хлеба, макаронных изделий, круп и т. д. Много клетчатки в хлебе из муки грубого помола, в свекле, моркови, черносливе, овсяной крупе, укропе, в корне пастернака, редьке, кольраби, репе, зеленом горошке. Пектиновые вещества, сопутствующие клетчатке, содержатся во многих плодах и овощах. Пектин мало усваивается и в пище его содержится немного. Тем не менее, он не является балластом и играет в питании большую роль. Он впитывает большое количество влаги и одновременно с нею связывает находящиеся в желудке болезнетворные микроорганизмы, токсические металлы (стронций, свинец), образуя при этом нерастворимые соединения, которые удаляются из организма. Пектиновые вещества обволакивают стенки кишечника, предохраняя его от химических и механических раздражителей. Богаты пектиновыми веществами яблоки, сливы, крыжовник, вишни, персики, апельсины, баклажаны, тыква, свекла, зерновые культуры и т. д.

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

Рациональное питание предусматривает сбалансированность рационов по многим показателям. Так, соотношение между белками, жирами и углеводами в норме принято за 1:1:4 (т) для мужчин и женщин молодого возраста, занятых умственным трудом и за 1:1,3:5 при тяжелом физическом труде. При расчетах за «1» принимают количество белков.

Нормы питания для взрослого населения подразделяются

в зависимости от:

· пола;

· возраста;

· характера труда;

· климата;

· физиологического состояния организма (беременные и кормящие женщины).

Иными словами 12-13% энергозатрат организма покрывается за счет белков, 33% за счет жиров, и 53-55% - за счет углеводов. На белки животного происхождения должно приходиться 55% общего количества белка. Из общего количества жиров в рационе растительные масла должны составлять до 30%. Ориентировочная сбалансированность углеводов: крахмал - 75-80%, легкоусвояемые углеводы - 15-20%, клетчатка и пектин - 5% от общего количества углеводов. Сбалансированность основных витаминов на 1000 ккал рациона: витамин С-26 г, В1-0,8 мг, В2-0,7 мг, РР-6,6 мг. Лучшее для усвоения соотношение кальция, фосфора и магния - 1:1, 5:0,5.

Суточное распределение рациона:

I. завтрак 30% (25%) суточного рациона;

II. завтрак 10% (15%) суточного рациона;

III Обед 40% суточного рациона;

IV Ужин 20% суточного рациона.

Режим питания включает:

- время приема пищи,

- количество приемов пищи,

- интервалы между ними,

- распределение пищевого рациона по энергоценности, химическому составу, продуктовому набору, массе по приему пищи.

Важны также и условия приема пищи: соответствующая обстановка, сервировка стола, отсутствие отвлекающих от еды факторов. Это способствует хорошему аппетиту, лучшему пищеварению и усвоению пищи. Для здоровых людей рекомендовано 3-4 разовое питание с 4-5 часовыми промежутками.

При определении потребности в основных пищевых веществах и энергии для взрослого трудоспособного населения особое значение имеют различия в энерготратах, связанные с характером труда. Поэтому в нормах питания лица в возрасте от 18 до 60 лет подразделены на группы интенсивности труда. Группы различаются по степени энергозатрат, обусловленных профессиональной деятельностью.

Группы интенсивности труда и основные профессии, относящихся к этим группам.

**1-я группа - работники преимущественно умственного труда:**

* руководители предприятий и организаций, инженерно-технические работники, труд которых не требует существенной физической активности;
* медицинские работники, кроме врачей-хирургов, медсестер, санитарок;
* педагоги, воспитатели, кроме спортивных;
* культурно-просветительные работники;
* секретари, делопроизводители;
* работники разных категорий, труд которых связан со значительными нервным напряжением (диспетчера, работники пультов управления).

**2-я группа - работники, занятые легким физическим трудом:**

* работники, занятые на автоматизированных процессах;
* работники радиоэлектронной и часовой промышленности;
* работники связи с телеграфа;
* медсестры, санитарки;
* продавцы промтоварных магазинов, работники сферы обслуживания;
* швейники.

**3-я группа - работники среднего по тяжести:**

* станочники (занятые на металлообработке и деревообработке);
* водители различных видов транспорта;
* врачи-хирурги;
* работники пищевой промышленности;
* продавцы продовольственных товаров;
* железнодорожники и проводники;
* работники коммунально-бытового обслуживания и общественного
* питания.

**4-я группа - работники тяжелого физического труда**:

* строительные рабочие;
* основная масса сельскохозяйственных рабочих;
* деревообработчики, плотники;
* горнорабочие на поверхностных работах;
* работники нефтяной и газовой промышленности.

**5-я группа - работники, занятие особо тяжелым физическим трудом:**

* сталевары;
* каменщики и бетонщики;
* грузчики, труд которых не механизирован;
* землекопы;
* горнорабочие, занятые непосредственно на подземных работах.

Каждая из групп интенсивности труда разделена на три возрастные категории: 18-29, 30-39, 40-59. При этом учтено постепенное возрастное снижение энерготрат. Подразделение по полу обусловлено меньшей величиной массы тела и менее интенсивным обменом веществ у женщин по сравнению с мужчинами.

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

**Проблемы пациента**

**1. Боли** - локализуются в области желудка, кишечника, печени и желчного пузыря в зависимости от заболевания пациента. Характе­ризуются определённым характером, интенсивностью, длительностью, связью с приемом пищи.

Так, желудочные боли (локализуются в эпигастрии) могут быть **ранними** через 30 - 40 минут после приёма пищи (язва привратника желудка), **поздними**- через 1,5 - 2 часа и **голодными** (ночными). Последние возникают обычно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Боли обычно связаны со спазмом мускулатуры желудка или привратника, из-за раздражения слизистой оболочки пищей или кислым содержимым желудка. Боль может купироваться самостоятельно, может после приема пищи.

Уход за больным при болях в животе:

1) сообщить врачу (особенно при внезапной боли);

2) физический (постельный режим) и психический покой;

3) исключить прием больным пищи, воды и лекарственных препаратов внутрь;

4) дальнейшие мероприятия строго по назначению врача.

**2. Изжога -**ощущение жжения по ходу пищевода (за грудиной), связано с забросом кислого содержимого желудка в пищевод (т.к. повышается секреция желудка). Для купирования изжоги используют антациды (альмагель, маалокс и др.), в домашних условиях можно выпить молоко.

**3. Отрыжка–** отхождение воздуха из желудка. Наблюдается при гастритах, язвенной болезни (может иметь кислый привкус), при раке желудка (может иметь привкус тухлых яиц).

**4. Нарушение аппетита** - может быть снижение аппетита вплоть до его отсутствия (лихорадка, гастрит со сниженной секреторной функцией), повыше­ние (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) и извращение (беременность, злокачественные новообразования, анемия). Снижение аппетита и его извращение может привести к снижению массы тела.

**5. Рвота** - непроизвольный выброс содержимого желудка наружу через рот или нос. Рвота бывает рефлекторная (при аппендиците), центрального происхождения (при гипертоническом кризе), пищеводная и желудочная (при заболеваниях этих органов). В отличие от желудочной - пищеводная рвота не имеет кислого запаха. Рвоте может предшествовать **тошнота**- тягостное ощущение в подложечной области, слюнотечение. Обычно тошнота связана с раздражением блуждающего нерва.

**6. Метеоризм** - вздутие живота, связано с повышенным газообразованием в кишечнике, нару­шением его моторики. При этом у больного ощущение распирания, урчания в животе. Применяется газоотводная трубка, адсорбенты, эспумизан.

**7. Понос** (диарея) - учащённый жидкий стул. Часто является признаком кишечного инфекционного заболевания. (Иногда встречается при стрессах). О нём всегда нужно ставить в известность врача.

**8. Запор**- отсутствие стула более 2-х суток (48 часов). Часто связано с недостаточным количе­ством в пище растительной клетчатки, но может быть и симптомом серьёзного заболевания (не­проходимость кишечника, опухоль). Известны привычные запоры, связанные с установлением условного рефлекса для дефекации в определенное время, а затем сменой режима дня пациента.

На основании данных исследования пациента при его непосредственном участии формируются проблемы, которые могут быть связаны со следующими **причинами:**

• Незнанием принципов рационального адекватного диетического питания;

• Отсутствием мотивации для соблюдения принципов питания;

• Неадекватным питанием либо приёмом жидкости вследствие того или иного заболевания;

• Невозможностью самостоятельного приёма пищи, жидкости;

• Страхом перед возможным недержанием кала, мочи;

• Неудобствами, связанными с использованием судна, мочеприемника;

• Предложение невкусных, нелюбимых блюд;

• Злоупотребление диетой, слабительными или клизмами;

• Невозможностью употреблять достаточное количество жидкости;

• Пролежнями (или риском их развития) и др.

**Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в адекватном питании и питье.**

Обсуждая совместно с пациентом цели предстоящего ухода, предусматривают достижение одной или нескольких целей:

· Пациент знает принципы рационального адекватного питания;

· Пациент понимает необходимость рационального адекватного диетического питания;

· Пациент получает адекватное количество пищи и жидкости (самостоятельно либо с помощью медсестры или родственников);

· Пациент выпивает в день не менее 2 л. жидкости;

· Пациент получает адекватную помощь и не испытывает страха в связи с возможным недержание кала, мочи;

· Продолжительность диеты (прием слабительных, частоты использования клизм) определяется врачом;

· Водный баланс у пациента не нарушен;

· Признаки обезвоживания не наблюдаются;

· Физическая нагрузка пациента адекватна потребляемой пище;

· Пациент съедает весь суточный рацион;

· Пациент считает, что у него хороший аппетит

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

Сестринские вмешательства в удовлетворении данной потребности должны заключаться в следующем.

1. Обучить пациента и его родственников принципам рационального адекватного диетического питания.

2. Сестринские вмешательства должны быть направлены на повышение аппетита пациента в тех случаях, когда его масса тела ниже идеальной, для этого:

· В помещении должно быть чисто, светло;

· Человек должен принимать пищу в определенное время;

· Нужно дать возможность пациенту вымыть руки и удобно сесть;

· Горячая пища должна быть горячей, холодная – холодной;

· Компоненты протертой пищи не перемешивать

Если тяжелобольной не может самостоятельно употреблять достаточное количество жидкости, в обязанности медсестры входит:

· Предлагать напитки той температуры, которую он предпочитает;

· Предлагать пить жидкость во время еды в большом количестве чем ранее, даже если это для пациента непривычно;

· Обеспечивать пациента индивидуальной емкостью с чистой водой и чистой чашкой;

· Наливать воду в том случае, если пациент боится сделать это самостоятельно;

· Предлагать трубочку для питья в том случае, если человек боится пролить воду из чашки.

 **Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в адекватном питании.**

Необходима ежедневная оценка результатов ухода, это может быть определение ежедневного количества съедаемой пищи и выпитой жидкости, еженедельное измерение массы тела.

Для определения количества съеденной пищи надо указать, сколько съел человек из предложенной порции в процентах. Например, суп – 50%, картофельное пюре – 100%, рыба – 0 %, компот – 100%.

Если пациент не съедает весь суточный рацион, необходимо организовать дополнительное питание.

Определяя количество выпитой жидкости, следует учитывать не только напитки, воду, бульоны, но массу съеденных фруктов и овощей, при этом масса приблизительно равна объему жидкости (например, 200 гр. яблок – 200 гр. сока).

Данные, полученные при определении количества съеденной пищи и выпитой жидкости, следует записывать в дневнике наблюдений в произвольной форме. Итоговую оценку удовлетворения потребности пациента в питании производят, определив его массу тела и сравнив ее с идеальной.

Сестринский диагноз: **желудочно-кишечное кровотечение.**

Рвота цвета «кофейной гущи» (гемоглобин в присутствии соляной кислоты превращается в солянокислый гематин), чёрный дегтеобразный стул (мелена) или стул с примесью крови, слабость, бледность кожных покровов, тахикардия, гипотония.

Цель: кровотечение будет остановлено (при улучшении показателей пульса и артериального давления).

Характер сестринского вмешательства:

1) Вызвать врача.

2) Обеспечить строгий постельный режим в положении на боку или на спине, с повернутой на бок головой (профилактика аспирации рвотных масс).

3) Физический и психический покой.

4) Прекратить прием пищи, жидкости, через рот медикаментов.

5) Применить пузырь со льдом на эпигастральную область (область желудка).

6) Обеспечить оксигенотерапию.

7) Приготовить все необходимое для парентерального введения по назначению врача кровоостанавливающих средств (5% аминокапроновая кислота, 12,5% дицинон, 10% кальция хлорид, 5% аскорбиновая кислота, 1% раствор викасола и др.).

8) Осуществлять контроль пульса и артериального давления каждые 30 минут.

Сестринский диагноз: **тошнота, рвота.**

Цели: краткосрочная – у пациента не будут аспирации рвотных масс и обезвоживания организма;

долгосрочная – у пациента не будет рвоты.

Характер сестринского вмешательства:

1) Придать положение, позволяющее избежать аспирации рвотных масс (лежачему повернуть голову набок), обеспечить: лотком, тазом, клеёнкой, пелёнкой, фартуком.

2) Обеспечить гигиену полости рта после каждого акта рвоты: приготовить кувшин с водой, полотенце.

3) Предложить пациенту прохладное питье в достаточном количестве после рвоты, но небольшими глотками.

4) Обеспечить комфортные условия для пациента: ширма, частое проветривание палаты, смена белья, уборка рвотных масс, психологическая поддержка.

5) Осматривать рвотные массы и определять их количество, а при необходимости провести забор на исследование (по назначению врача).

6) Проводить обеззараживание рвотных масс.

7) Обучить пациента методике расслабления и глубокого дыхания для урежения позывов рвоты.

8) Обеспечивать применение противорвотных или др. средств по назначению врача.

9) Промывание желудка по назначению врача (при отравлении).

Сестринский диагноз: **избыточный вес.**

Цели: краткосрочная – у пациента вес будет снижаться;

долгосрочная – у пациента вес будет соответствовать физиологической норме.

Характер сестринского вмешательства:

1) Объяснить пациенту необходимость и содержание диеты №8, назначенной врачом. Беседа с пациентом и родственниками о соблюдении диеты, проверка передач, контроль за соблюдением диеты.

2) Взвешивать пациента 1 раз в три дня.

3) Обеспечить пациенту по назначению врача прием лекарственных средств.

4) Обеспечить проведение ЛФК.

5) Модификация образа жизни (избегать гиподинамии и др.).

6) Объяснить пациенту необходимость ведения дневника питания.

7) Обеспечить консультацию диетолога по назначению врача.

Сестринский диагноз: **дефицит знаний о назначенной диете.**

Цели: краткосрочная – пациент приобретёт знания о назначенной диете;

долгосрочная – пациент будет строго соблюдать назначенную диету.

Характер сестринского вмешательства:

1) Объяснить пациенту необходимость и содержание, диеты, назначенной врачом, её продолжительность. Беседа с пациентом и родственниками о соблюдении диеты.

2) Объяснить пациенту необходимость ведения дневника питания.

3) Обеспечить консультацию диетолога по назначению врача.

4) Рекомендовать пациенту литературу о диетическом питании.

 **Тема 1.7. Потребность пациента в физиологических отправлениях.**

**Первичная оценка**

При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях следует:

1. выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать выделение отходов;

2. уточнить частоту выделения отходов;

3. характер отходов.

Проводя субъективное обследование, нужно учитывать, что люди, как правило, испытывают неловкость при разговоре на эту тему, поэтому медицинская сестра должна быть особенно деликатной.

Расстройство мочеиспускания **(дизурия)** может быть двух видов: учащение мочеиспускания **(поллакиурия)** и затруднение мочеиспускания **(странгурия).**При выраженной задержке мочеиспускания может наступить **ишурия**(скопление мочи вследствие невозможности самостоятельного мочеиспускания).

Недержание мочи также можно отнести к расстройствам мочеиспускания. **Никтурия**(ночное мочеиспускание) может привести к возникновению опрелостей. У здорового человека в течение дня мочеиспускание происходит 4-7 раз, а ночью необходимость в мочеиспускании возникает не более 1 раза.

В каждой порции от 200 до 300 мл мочи (1000-2000 мл в сутки).

Учащение мочеиспускания может быть физиологическим явлением (при приёме большого количества жидкости, охлаждении, эмоциональном напряжении) или следствием патологических состояний (инфекции мочевыводящих путей, сахарный или несахарный диабет).

Затруднение мочеиспускания, наблюдающееся у мужчин с аденомой или раком предстательной железы, а также в послеоперационном периоде, может быть как хроническим, так и острым. При хронической частичной задержке мочи для осуществления акта мочеиспускания человек вынужден в течение нескольких минут тужиться.

Моча отделяется тонкой вялой струёй, иногда по каплям. Пациент испытывает частые, нередко бесплодные позывы на мочеиспускание. В таких случаях опорожнение мочевого пузыря невозможно, хотя он и переполнен. У больного появляются мучительные **тенезмы**(ложные позывы) и сильные боли в проекции мочевого пузыря.

Острая задержка мочеиспускания после операции или родов чаще всего обусловлена отсутствием привычки к мочеиспусканию в горизонтальном положении, а иногда при посторонних.

Опорожнение кишечника у каждого человека осуществляется в индивидуальном режиме: для одних нормальным считается ежедневное опорожнение кишечника, для других - каждые 2-3 дня. Изменение нормального режима опорожнения кишечника может проявиться *поносом, запором или недержанием кала.*

*Понос*является частым признаком заболевания желудка, поджелудочной железы, кишечника.

Он возникает при энтерите. энтероколите, а также нарушении секреторной функции желудка и поджелудочной железы. Особенно важное диагностическое значение имеет данный симптом при некоторых инфекционных заболеваниях: дизентерии, холере, токсикоинфекциях и т.д.

*Запор* - задержка кала в кишечнике более 48 ч.

Большое значение в происхождении запоров, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста, имеют различные функциональные факторы: употребление в пищу легкоусвояемых продуктов, бедных растительной клетчаткой, снижение моторной деятельности кишечника (атонический запор) или наоборот, спастическое состояние толстой кишки (спастический запор).

Кроме того, поскольку кал на 3/4 состоит из воды и на 1/4 - из твердых отходов, запор может появиться у человека, употребляющего недостаточное количество жидкости.

Для того чтобы получить представление о режиме выделения человека, следует выяснить у него:

1. как часто он опорожняет мочевой пузырь;

2. существуют ли при мочеиспускании какие-либо особенности, о которых должна знать медсестра;

3. как часто бывают позывы на дефекацию;

4. в какое время дня обычно бывает дефекация;

5. существуют ли какие-либо особенности, связанные с дефекацией.

Например, если пациент, который обычно мочился через каждые 2-3 ч, вдруг начал мочиться каждые 30 мин, медицинская сестра должна сообщить о своём наблюдении врачу, так как подобные учащения мочеиспускания могут свидетельствовать об инфекции мочевыводящих путей.

Уменьшение количества потребляемой жидкости приводит к уменьшению количества мочи, изменению её цвета и запаха, что повышает риск возникновения *инфекции мочевыводящих путей*.

Проблемы с мочеиспусканием могут возникнуть из-за изменения привычного для этой процедуры вертикального положения тела. Кроме того, проблемы могут быть связаны с применением диеты (сухоядением) или невозможностью (неумением) правильно осуществлять гигиенические процедуры в области промежности.

Пожилом и старческом возрасте в связи с изменениями в системе мочеиспускания часто возникают недержание мочи и инфекция мочевыводящих путей (ИМП).

**Недержание мочи**- потеря контроля над выделением мочи из мочевого пузыря.

Такое состояние может быть вызвано следующими факторами:

1. повреждением спинного мозга и определённых отделов коры головного мозга, ведущим к потере ощущения позыва на мочеиспускание;

2. ослаблением мышц, окружающих выход из мочевого пузыря;

3. употреблением некоторых лекарственных средств;

4. трудностями, связанными с поиском туалета;

5. трудностями, связанными с передвижением и затрудняющими посещение туалета;

6. запоздалой реакцией медицинской сестры на вызов пациента;

7. ИМП (инфекция мочевых путей)

В некоторых случаях причинами ИМП являются катетеризация мочевого пузыря, неадекватный уход за мочевым катетером, недостаточная гигиена промежности (у женщин).

**Признаками ИМП могут быть:**

1. боль и жжение при мочеиспускании;

2. частые позывы на мочеиспускание с выделением небольшого количества мочи;

3. мутная, концентрированная (тёмно-жёлтая), резко пахнущая моча;

4. хлопья слизи и кровь в моче;

5. повышение температуры тела.

**При появлении признаков ИМП следует немедленно сообщить об этом врачу.**

В некоторых случаях физиологические отправления осуществляются через специальные отверстия: мочевыделение - через цистостому (отверстие в мочевом пузыре), выделение кала - через колостому (отверстие в толстой кишке или илеостому (отверстие в подвздошной кишке).

В цистостому врачом вводится постоянный катетер, через который происходит не контролируемое пациентом выделение мочи.

При наличии колостомы неконтролируемое выделение кала происходит в специальную емкость – калоприемник. Часть пациентов, имеющих колостому, илеостому или цистостому, испытывают те или иные трудности, чаще всего психологического характера, связанные с физиологическими отправлениями.

**Проблемы пациента**

Проблемы пациента могут быть связаны со следующими факторами:

1. невозможностью самостоятельно посещать туалет;

2. необходимостью посещать туалет в ночное время;

3. трудностями, связанными с необходимостью осуществлять физиологические отправления в непривычном положении;

4. недержанием мочи или кала;

5. нарушением привычного режима физиологических отправлений;

6. риском развития ИМП;

7. невозможностью самостоятельно осуществлять личную гигиену промежности;

8. нежеланием открыто обсуждать вопросы, связанные с физиологическими отправлениями;

9. наличием постоянного внешнего катетера;

10. наличием постоянного катетера Фолея;

11. наличием у пациента илео-, Коло- или цистостомы;

12. страхом перед возможным недержанием кала, мочи и др.

**Цели сестринского ухода**

Обсуждая совместно с пациентом цели предстоящего ухода при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях, следует обеспечить следующие пункты:

1. пациент имеет возможность своевременно посещать туалет;

2. у пациента сохранён привычный режим физиологических отправлений;

3. у пациента нет недержания кала или мочи;

4. пациент не испытывает дискомфорта в связи с необходимостью осуществлять физиологические отправления в постели ,

5. у пациента не возникает ИМП;

6. пациент знает, как пользоваться внешним катетером;

7. пациент не испытывает дискомфорта в связи с илео-, цистостомой и т.п.

**Содержание сестринского ухода**

Сестринские вмешательства, направленные на удовлетворение потребностей пациента в физиологических отправлениях, должны быть ориентированы на достижение поставленных целей.

Для того чтобы предупредить развитие ИМП, следует:

1. своевременно и правильно проводить туалет промежности;

2. обучить пациента или ухаживающих за ним членов семьи правильной технике подмывания и применения туалетной бумаги (спереди назад);

3. напоминать пациенту о необходимости пить достаточное количество жидкости;

4. обеспечить пациенту достаточно времени для мочеиспускания;

5. осуществлять полноценный уход за катетером и промежностью у пациента с постоянным мочевым катетером (катетером Фолея);

6. наблюдать за правильным расположением дренажного мешка и трубки, соединяющей мешок с катетером;

7. своевременно опорожнять (менять) дренажный мешок.

При недержании мочи рекомендуется использовать катетер с мочеприёмником, а пациента и членов его семьи обучить правильному уходу за катетером. Женщинам, страдающим недержанием мочи, рекомендуется использовать подгузники. Но лучше в этом случае называть их иначе, например «гигиеническое бельё», поскольку у многих людей применение подгузников ассоциируется с детским возрастом, они часто испытывают чувство неловкости от такой рекомендации. Как женщинам, так и мужчинам может быть назначена программа тренировки мочевого пузыря, предусматривающая регулярное, через каждые 2 ч его опорожнение. Многие психологические проблемы, связанные с физиологическими отправлениями, могут быть решены, если уважать чувство собственного достоинства пациента, обеспечивать ему безопасность и уединение во время дефекации и мочеиспускания. При наличии у пациента колостомы правильные режим и характер питания помогут избежать проблем, связанных с нарушением режима дефекации. Для лежачих больных, подавая судно, следует переместить их в высокое положение Фаулера или помочь сесть на судно, поставленное на стул. Подавая мужчине мочеприёмник, надо также придать ему высокое положение Фаулера, помочь либо сесть на кровати с опущенными вниз ногами либо встать, чтобы помочиться. Рациональное питание при запоре может помочь решить проблему.

 **Тема 1.8. Потребность пациента в движении.**

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

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

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

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

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

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

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

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

1. **Давление** – длительное (более 1-2ч) давление приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушается микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим образованием пролежней.

2. **Срезывающая (сдвигающая) сила** – повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи, чаще всего на фоне действия дополнительных факторах риска развития пролежней.

Сдвиг тканей может происходить, если человек съезжает с подушек на постели вниз или подтягивается к еѐ изголовью.

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

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

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

***В положении сидя*** – это лопатки, седалищные бугры, пятки, подушечки пальцев.

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

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

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

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

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

**Возможные проблемы пациента**

**(как существующие, так и потенциальные):**

- риск развития или усугубления имеющихся пролежней;

- зависимость при осуществлении тех или иных видов повседневной жизнедеятельности (приѐм пищи, физиологические отправления, способность самостоятельно одеваться и раздеваться, поддерживать безопасной окружающую среду, общаться);

- развитие тугоподвижности (анкилозов) суставов;

·- состояние депрессии, обусловленное потерей независимости при осуществлении повседневной жизнедеятельности;

**Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения**  **потребности в движении**

Обсуждая совместно с пациентом (если это возможно) план сестринского ухода в связи с нарушением двигательной активности, следует предусмотреть достижение одной или нескольких целей:

пациент сможет передвигаться (с помощью специальных приспособлений, сестринского персонала и родственников либо самостоятельно);

пациент может держать в руке предметы (ложку, зубную щѐтку), осуществлять простые действия с их помощью;

риск развития пролежней сведѐн к минимуму;

пролежни исчезают (уменьшаются);

**Сестринский уход**

1. меры по профилактике пролежней

2. лечение пролежней

3. для повышения самостоятельности необходимо:

довести до сознания пациента (родственников) существующий риск развития пролежней;

максимально повысить возможности пациента двигаться самостоятельно, используя вспомогательные средства (перекладины);

проанализировать факторы окружающей среды, ограничивающие способность двигаться;

эффективное лечение сопутствующих заболеваний (недержание мочи и т.д.).

Сестринское вмешательство направлено на костно-мышечный аппарат, на уменьшение опасности развития контрактур и гипотрофии мышц (пассивные упражнения).

**Контракту ра** (лат. contractura — стягивание, сужение) — ограничение пассивных движений в суставе, то есть такое состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута в одном или

нескольких суставах, вызванное рубцовым стягиванием кожи, сухожилий, заболеваниями мышц, сустава, болевым рефлексом и другими причинами.

**Оценка сестринского ухода**

Текущая и итоговая оценка результатов ухода считается эффективной, если:

- пролежни отсутствуют;

-кожные покровы не повреждены;

-имеющиеся пролежни быстро заживают;

-мышечный тонус сохранѐн;

-контрактура суставов отсутствует;

-тугоподвижность суставов адекватно восстанавливается;

-инфекция дыхательных путей отсутствует;

-стул ежедневный (или регулярный);

-количество мочи не менее 30 мл/ч (при наличии постоянного катетера);

-психологическая адаптация и физическая активность адекватные.

Текущая ежедневная оценка эффективности противопролежневых мероприятий в условиях стационара регистрируется на специально разработанном бланке «Лист регистрации противопролежневых мероприятий».

**Тема 1.9. Потребности пациента в сне, одежде (надевании, раздевании. выборе); осуществлении личной гигиены.**

Отдых и сон необходимы для повседневной жизнедеятельности человека.

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

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

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

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

-биологический ритм («жаворонки», «совы»);

-пища или напитки (некоторые люди не могут уснуть голодными);

-храп (страдает сам храпящий, часто просыпаясь, так и те, кто находится рядом);

-настроение, переживания, сновидения, заботы;

-комфортность постели, одежда для сна, присутствие другого человека (людей) в помещении;

-микроклимат в помещении (свежий воздух, температура воздуха, освещение);

-высокая кровать (человек боится упасть, особенно пожилой);

-шум, яркий свет;

**Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением**

**потребности в сне и отдыхе:**

Проблемы пациента при неудовлетворении потребности в сне бывают как действительными, так и потенциальными.

Многие, попадая в стационар, не могут уснуть в связи с изменившейся для них окружающей средой. Сестринскому персоналу важно понять причину таких нарушений:

-необходимость спать на больничной кровати;

-непривычный микроклимат в палате (жарко, душно, холодно);

-шум, яркий свет, темнота (некоторые люди боятся темноты);

-изменение обычной деятельности человека, предшествующей сну в домашних условиях (прогулки, душ, секс и т.д.);

-необходимость вынужденного положения во время сна (в зависимости от конкретного заболевания или травмы);

-незнакомая обстановка (особенно в первую ночь пребывания в стационаре);

-храп;

-изменение привычного биологического ритма (необходимость соблюдать больничный режим);

-боль (при наличии боли около 96% пациентов страдают нарушением сна вследствие неадекватной аналгезии в ночное время);

-те или иные заболевания, сопровождающиеся нарушением сна

Проблемы с отдыхом, как правило, связаны с нарушением привычного для человека стереотипа жизни. Обсуждая с пациентом действительные или потенциальные проблемы, связанные со сном и отдыхом, следует сформулировать реалистичные цели как для пациента, так и для медсестры. Например: «продолжительность сна ночью не менее 7 ч», «пациент осознаѐт необходимость отказа от просмотра вечерних новостей» и т.д.

**Возможные сестринские вмешательства при нарушении**

**потребности в сне и отдыхе**

В зависимости от причин, вызвавших проблемы со сном и отдыхом, вмешательство медсестры заключается в следующем:

-Создание пациенту комфортных условий в постели: оптимальная высота кровати, качественный матрац, достаточное количество подушек и одеял.

-Обеспечение комфортного микроклимата в палате и отделении.

-Обеспечение комфортных условий пациенту, который из-за заболевания принимает вынужденное положение.

-Ознакомление пациента с расположением туалета, медсестринского поста, существующими средствами вызова медсестры.

-Обеспечение необходимого для конкретного пациента освещения в палате в ночное время.

-Перемещение пациента в другое положение при сильном храпе.

-Уменьшение тревожности пациента, связанной с незнакомой обстановкой, предстоящими обследованиями или операцией.

-Обсуждение с врачом вопросов аналгезии в ночное время.

-Создание условий для адекватного отдыха.

Улучшить качество сна могут и лекарственные препараты, назначенные врачом. Очень важно дать их вовремя. При назначении и анальгезирующих, и снотворных лекарственных средств, анальгезирующие надо принимать на 15-20 минут раньше снотворных.

**Оценка результатов сестринского ухода при нарушении**

**потребности в сне и отдыхе**

Оценка сна всегда субъективна. Иногда человек говорит, что не спал всю ночь, в действительности же он все-таки спал. Однако, проводя текущую или итоговую оценку результатов ухода, не следует игнорировать жалобу пациента на бессонницу и усталость, необходимо вновь пересмотреть возможные причины нарушения сна и проконсультироваться с врачом.

**Потребность пациента в одежде и личной гигиене.**

В течение многих веков человек уделяет особое внимание личной гигиене.

В последнее время у большинства людей возрос интерес к одежде, своему внешнему виду. Сегодня существует немало видов удобной одежды для любого случая жизни.

Возможность выбора одежды доставляет людям удовольствие. Уже в детстве ребенка обучают гигиене: чистить зубы, умываться, мыть руки, голову, причесываться и т.д. Оптимально, когда правила гигиены соблюдаются всеми людьми. Опрятность и подтянутость, тщательность в одежде и аккуратность во внешнем виде импонируют всем. В то время как небрежность, неопрятность, особенно неприятный запах, опускают человека в глазах других людей.

Большинство привыкли **мыть свое тело** регулярно, правда, периодичность мытья в ванной или душе разная у людей: от 1-2 раз в день до 1 раза в неделю и более.

Мытье в ванной или душе помимо ощущения свежести, а иногда и бодрости позволяет предупредить распространение микроорганизмов, в том числе и возбудителей различных заболеваний

**Мытьѐ рук** — необходимый компонент повседневной личной гигиены человека. Люди моют руки горячей, теплой, холодной водой, используя кусковое и жидкое мыло.

Преимущественно надо использовать бумажные полотенца, особенно вне дома. Электрополотенца в общественных местах сегодня нельзя считать безопасными, поскольку с горячим воздухом на чистые руки могут попасть патогенные микроорганизмы. Сухая кожа на руках требует специального ухода, поскольку при трещинах появляются входные ворота для инфекции.

**Уход за промежностью** особенно важен для женщин, как для поддержания здоровья, так и для ощущения комфорта, удаления неприятного запаха.

**Уход за волосами**. Чтобы волосы были здоровыми, их следует регулярно расчесывать и мыть. Расчесывают, как правило, каждодневно (и часто многократно), а мытье часто зависит от загрязненности волос. Сегодня существует множество различных шампуней, бальзамов, лосьонов, позволяющих подобрать необходимое средство для ухода за волосами.

**Уход за ногтями**. Длина ногтей, маникюр, покрытие ногтей лаком — дело вкуса. Но при уходе за ногтями надо обращать внимание на кожу вокруг ногтевого ложа (кутикула) и ухаживать за ней, так как заусенцы могут служить входными воротами для инфекции.

**Уход за зубами и полостью рта**. С двухлетнего возраста начинают чистить зубы, правда, вначале с помощью кого-нибудь из взрослых.

Чтобы избежать воспаления десен, а также кариеса, вызывающего разрушение зуба, человек должен регулярно и правильно чистить зубы и ухаживать за полостью рта.

Идеально, если человек удаляет остатки пищи между зубами после каждого ее приема. Рекомендуется полоскание рта водой или специальными растворами.

**Одежда**. Изменение традиций и культур отражается на одежде. Одежда — средство невербального общения. Одеваясь так или иначе, человек стремится выразить свое «Я». При хорошем самочувствии он содержит одежду в идеальном состоянии, когда человеку плохо, он бывает небрежен в одежде.

Помимо простых навыков одевания и снятия одежды человек должен уметь выбрать ее по сезону.

Полная зависимость как в выборе, так и в одевании одежды, а также в вопросах гигиены существует в младенческом и раннем детском возрасте.

Независимость наступает в юношеском возрасте и на протяжении всей взрослой жизни. .

Снижение физических и умственных способностей в престарелом возрасте тоже может сделать человека зависимым от других при выборе одежды и в личной гигиене.

**Первичная оценка**

Знание индивидуальных привычек человека — необходимое условие при составлении плана по уходу. Оказавшись в непривычных условиях лечебного учреждения, человек чувствует себя дискомфортно из-за невозможности следовать своим привычкам, и некоторые пациенты настойчиво стремятся к тому, чтобы привычный образ жизни был сохранен и гарантирован.

Для первичной оценки потребностей человека в личной гигиене и одежде принимается во внимание **возраст**, поскольку:

 в юношеском возрасте отмечается повышенное потоотделение, особенно подмышками; на коже лица часто угревая сыпь (акнэ); жирные волосы; одежда, прическа, косметика — способ выражения собственного «Я», независимости, а иногда сексуальности;

 в зрелом возрасте устанавливаются определенный распорядок работы и отдыха и связанные с этим привычки; с помощью одежды, прически, косметики человек, возможно, выражает свой имидж;

 в престарелом возрасте часто бывают: сухость кожи; трудности с купанием, уходом за ногтями на руках и ногах, а также при выборе (одевании) одежды; физическая немощь.

**При проведении первичной оценки следует обращать внимание на:**

 изменение физического состояния, связанного с возрастом;

 индивидуальные особенности физического состояния;

 синяки, цвет кожи, участки шелушения, и мокнутий;

 чистоту рук и ногтей;

 состояние полости рта (сухость, запах), зубов или зубных протезов, режим и технику чистки зубов;

 состояние волос: прическа, характер волос (сухие, жирные), перхоть, вши (гниды), привычка мытья волос;

 состояние одежды: стиль, фасон, уместность и целесообразность одежды, ее опрятность, духи, косметика, удобная и подходящая обувь;

 знания женщины об особенностях личной гигиены, в том числе во время менструации;

 знания мужчины об особенностях гигиены крайней плоти.

**Проблемы пациента**

Неудовлетворение потребности в выборе одежды, одевании и личной гигиене вызывает многообразные проблемы и требует от сестры чуткости, сопереживания, а иногда изобретательности. И если не удается решить все действительные проблемы, то надо хотя бы их уменьшить.

**Проблемы возникают при:**

 заболеваниях, ведущих к ограничению подвижности;

 отсутствии конечности;

 непроизвольных движениях рук;

 снижении функции органов чувств;

 бессознательном состоянии;

 психических расстройствах;

 тяжелых заболеваниях

**Возможные проблемы:**

 пациент отказывается принимать помощь при подмывании;

 пациент не знает, как чистить зубы;

 пациент не умеет застегивать пуговицы на рубашке одной рукой;

 пациент не умеет (боится) правильно стричь ногти на ногах;

**Определение целей**

**Задачи:**

 - не допустить перехода потенциальных проблем в действительные;

 - уменьшить состояние зависимости;

 - обеспечить условия для удовлетворения потребностей в личной гигиене.

**Цели можно сформулировать так:**

 пациент самостоятельно умывается через 2 дня;

 пациент умеет (не боится) стричь ногти на ногах;

 у пациента не будет инфекции полости рта;

 у пациента не будет инфекции мочевыводящих путей и т.д.

**Сестринский уход**

Стимулировать самостоятельность.

**Оценка результатов**

Убедиться в том, что пациент стал менее зависимым

**Тема 1.10. Потребности пациента в поддержании нормальной температуре тела, безопасной окружающей среды.**

У здорового человека температура тела в норме в течение суток колеблется в очень небольших пределах и не превышает 37° С.

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

Известны физиологические колебания температуры в течение дня: разница между утренней и вечерней температурой составляет в среднем 0,30 – 0,50 С.

У людей пожилого и старческого возраста температура тела несколько ниже, чем у молодых и среднего возраста. У детей, у которых обменные реакции протекают более интенсивно, а механизмы терморегуляции еще несовершенны, отмечается неустойчивость температуры тела с большими колебаниями в течение дня. У новорожденных в подмышечной впадине температура 37,2° С.

В норме температура тела несколько повышается после приема пищи, выполнения физической нагрузки, выраженном эмоциональном состоянии, у женщин в период беременности, менструальном периоде. У здоровых людей в норме температура тела колеблется в зависимости от физиологического состояния в пределах 0,50 С. Базальная температура на слизистой оболочке выше кожной на 0,50 – 0,80 С.

Температура тела в подмышечной области в норме 360 – 370градусов.

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

§ утром после сна и натощак (с 700 до 900 часов);

§ вечером после дневного отдыха и перед ужином (с 1700 до 1900 часов).

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

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

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

Факторы, влияющие на поддержание нормальной температуры тела:

-интенсивная физическая нагрузка;

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

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

-приём пищи (особенно белки);

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

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

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

Повышение температуры тела выше нормы (37° С) – гипертермия (лихорадка).

Понижение температуры тела ниже нормы (35,5° С) – гипотермия.

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

При проведении первичной оценки медицинская сестра должна выяснить:

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

· какие факторы влияют на изменение температуры тела пациента;

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

· существуют ли потенциальные проблемы гипертермии, гипотермии или обморожения;

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

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

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

· есть ли проблемы в данный момент.

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

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

Информация, полученная после измерения температуры тела, при наблюдении, из беседы с пациентом или его родственниками, позволяет выявить действительные или потенциальные проблемы терморегуляции. Проблемы появляются, если есть риск повышения или понижения температуры. Их возникновение может быть вызвано зависимостью в поддержании нормальной температуры тела либо изменением окружающей среды и привычного образа жизни. Пациент в этих ситуациях зависит от медсестры (в лечебном учреждении) или от близких (в домашних условиях).

Повышение температуры тела (лихорадка) имеет три периода.

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

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

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

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

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

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

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

Сестринский уход направлен на осуществление следующих задач:

· предупреждение дальнейшего повышения температуры тела;

· снижение температуры до нормальной (в рамках сестринской компетенции);

· предупреждение травматизма;

· облегчение состояния дискомфорта;

· восстановление независимости в самообслуживании;

· предупреждение снижения массы тела.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Уход считают успешным, если выполнены следующие условия:

· потенциальные проблемы не превратились в действительные;

· восстановилась независимость в самообслуживании;

· температура тела снизилась до нормальной;

· родственники пациента знают, как обеспечить ему комфортную среду;

· родственники пациента знают, как осуществить за ним уход;

· Человек знает, как себя вести для поддержания нормальной температуры тела. Таким образом, измерение и наблюдение за температурой тела является повседневной и важной обязанностью медицинской сестры, так как изменения и колебания температуры тела, в особенности повышение ее, говорят о начале заболевания.

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

 Даже в обычных условиях люди могут подвергаться опасностям, связанным с воздействием радиации, химических отходов, употребление некачественных продуктов питания, бесконтрольным использованием лекарственных средств. Важно помнить, что на любом отрезке жизни, от рождения до смерти, безопасность человека – основное условие выживания, развития, сохранения здоровья.

**Факторы, влияющие на способность поддерживать безопасную окружающую среду:**

1. Независимость и возраст;
2. Биологические механизмы;
3. Психологические факторы;
4. Физиологические факторы часто связаны с жизненными обстоятельствами (кризисами);
5. Социокультурные факторы;

Осуществляя совместно с пациентом первичную оценку безопасности окружающей среды, необходимо учитывать:

- какие меры, позволяющие обеспечить безопасность, он знает;

- какие меры он принимает для обеспечения безопасности;

- какие факторы влияют на безопасность пациента;

- трудности, испытываемые человеком, способы их преодоления;

- действительные и потенциальные проблемы, связанные с поддержанием безопасной окружающей среды.

**Возможные проблемы.**

Состояние вынужденной зависимости (кратковременной или долговременной) наступает в результате:

- заболевания или травмы (прием снотворных, гемиплегия, параплегия, тетраплегия, гипсовые повязки, костыли, инвалидная коляска и др.);

- психологической (врожденной или приобретенной патологии – дезориентации в пространстве, бреда, галлюцинаций);

- нарушения восприятия (ухудшение зрения, слуха, повышение чувствительности к боли, температуре, прикосновению, запаху).

Формулировка проблем:

- высокий риск падения;

- высокий риск инфицирования;

- высокий риск ожога;

- высокий риск электротравмы.

**Определение целей.**

Цели вытекают из нарушенных потребностей.

- не допускать падения с кровати;

- не допускать ожога;

- не допускать инфицирование раны.

**Возможные сестринские вмешательства.**

Сестра должна обезопасить пребывание пациента в стационаре:

- не допускать превращение потенциальных проблем в действительные, находить решение действительных проблем;

- не допускать, что бы уже решенные проблемы возникли повторно;

- вырабатывать адекватное отношение пациента к проблемам, которые невозможно полностью решить.

**Оценка результатов.**

Определяется по эффективности профилактических мероприятий и предупреждению превращения потенциальных проблем в действительные.

**Тема 1.11. Потребности пациента в общении, труде и отдыхе. Сестринский процесс при боли.**

**Наблюдение за удовлетворением потребности общаться.**

Состояние сознания:

* Сознание ясное - пациент правильно ориентируется в соб­ственной личности, времени, месте.
* Сознание расстроено - пациент не ориентируется, часто наблюдается речедвигательное возбуждение.
* Сознание выключено:
* оглушение - отмечается двигательная и речевая заторможен­ность, сохранена реакция на словесный и болевой раздражитель;
* сопор - нет реакции на словесные раздражители, сохранена реакция на болевой раздражитель;
* кома - нет реакции ни на словесный ни на болевой раздражитель.

Вся полученная информация о пациенте документируется в се­стринской истории болезни, куда записываются объективные и субъ­ективные данные конкретно по каждой потребности. В конце медсе­стра делает выводы: удовлетворение каких потребностей нарушено и какова адаптация пациента к условиям жизни с факторами риска. За­тем ежедневно, на протяжении всего ухода медсестра отображает динамику субъективного и объективного состояния пациента в тем­пературном листе и дневнике наблюдения за пациентом.

Проблемы пациента:

* Изменение состояния независимости
* Страх потери работы
* Изменение работы и отдыха.

Медицинской сестре необходимо помнить, что решение этих проблем находится за рамками компетентности сестринского персонала.

* Провести первичную оценку существующих проблем, определить степень зависимости от семьи или государства
* Стремится поддерживать комфортные условия при общении, заинтересовать пациента новыми условиями работы и видами отдыха.
* Успокоить, создать условия для снижения переживаний по поводу проблем, привлечь компетентных специалистов к решению данных проблем.
* Провести беседу о необходимости адаптации и поддержания независимости пациента.

Труд - это деятельность человека, в процессе которой он затрачивает свои физические и психические возможности, для удовлетворения физиологических и моральных потребностей.

**Труд**– это целесообразная, сознательная деятельность человека, направленная на удовлетворение потребностей индивида и общества.

Ø это физическая или интеллектуальная деятельность, приносящая конкретный результат, который можно увидеть/потрогать/услышать/почувствовать. И труд вовсе не способность что либо сделать, а сама деятельность, которую также можно увидеть/потрогать/услышать/почувствовать. Также труд можно измерить и оценить в различных системах счисления.

Если рассматривать человека как личность (не часть общей системы), то для него труд – это все, что он сделал за свою жизнь до настоящего момента. В процессе трудовой деятельности человек стремится развивать и реализовывать свой умственный и физический потенциал.

Труд - основная потребность человека. Вопрос не в том, следует или не следует трудиться, а в том, какой труд больше всего вам подходит.

Труд нужен человеку для нормальной жизнедеятельности, как нужны воздух, пища, сон, общение.

Труд - целесообразная деятельность человека, в процессе которой воздействует на природу, создавая что-либо для общества. Труд призван объединить человечество с природой, хотя зачастую выходит так, что природа изменяется в угоду прогрессу и человеку.

Труд разделяется по содержанию и сложности.

Бывает разного свойства: активный и пассивный, естественный и искусственный, умственный и физический.

Труд может быть осуществлен как с помощью специальных орудий, так и посредством интеллекта.

Работа в меру способствует не только физическому, но и умственному благосостоянию человека. Известное количество умственной деятельности так же необходимо для нашего благосостояния, как и физический труд.

Кто имеет возможность чередовать и чередует физический труд с умственным, тот вообще будет способнее к деятельности, чем человек исключительно одного умственного или физического труда.

Однако труд только тогда влияет благотворно и укрепляет тело, когда он по своему количеству и продолжительности вполне соответствует запасу сил человека. Также труд, легкий для здорового человека, покажется тяжелым расстроенному и ослабленному организму больного. Слишком энергичные формы работы не укрепляют, а ослабляют человека и негативно влияют на нервную систему. Чем слабее человек, тем более он должен беречь те силы, которые имеет.

Труд является не только основой жизнедеятельности человека, важнейшей его потребностью, но и условием его благополучия.

«Труд облагораживает человека», – писал В.Г. Белинский.

О труде много русских народных **пословиц:**

**Без труда нет добра.**

**Труд кормит и одевает.**

**Трудись, не ленись, потей, работай.**

**О добре трудиться, есть чем похвалиться.**

**Труд человека кормит, а лень портит.**

**Терпенье и труд все перетрут.**

**Какой бывает труд**

|  |
| --- |
| Труд |
| Постоянный | Временный |
| Простой | Сложный |
| Умственный | Физический |
| Оплачиваемый | Безвозмездный |
| Добровольный | Принудительный |
| Ручной | Автоматизированный |
| Творческий | Традиционный |
| Коллективный | Индивидуальный |

Отсутствие работы (труда) имеет столь же важные психологические последствия, причем как для самого человека, так и для его семьи. Люди, потерявшие работу, чаще страдают бессонницей, депрессией, переживают гнев, свою никчемность. Безработные чаще кончают жизнь самоубийством, у них чаще наблюдаются соматические и психические заболевания. Страх увольнения создает для человека (особенно для мужчины) серьезные психологические проблемы, а для некоторых увольнение с работы равносильно ранней смерти.

Когда люди теряют работу (прекращают работать), у них появляются проблемы с

· потерей (изменением) социального статуса и роли в семье и обществе

· потерей возможности общения

· потерей заработка

· утратой смысла жизни

**Что дает человеку труд**



Чтобы были силы и желание что-то делать – человеку просто необходимо откуда-то брать энергию. Никакие допинги, сверхновые лекарственные средства и витамины не заменят полноценного отдыха.

Усталость имеет тенденцию накапливаться, а организм будет изнашиваться и болеть, если активность не чередовать с расслаблением, а работу - с отдыхом.

Не надо доводить себя до состояния усталости, когда возникает апатия и ничего не радует!

Общеизвестно, что одну треть своей жизни человек проводит во сне, большую часть в труде и остальное время - на отдыхе. Труд и отдых – взаимодополняющие понятия, являющиеся в равной степени важными аспектами жизни.

**Что такое отдых?**

Этот вопрос не такой простой, как кажется. Давайте назовем отдыхом - получение положительных эмоций при реализации своих потребностей, телесных, умственных или духовных, о которых почему-то забыли. И это совсем не обязательно пассивность и расслабление.

Отдых – это сон. Если человек недосыпает, то может возникнуть хроническое недосыпание, когда даже он может не осознавать причину своей раздражительности, быстрой утомляемости и т.д. Это на самом деле встречается чаще, чем, кажется.

Отдых – это отсутствие физической нагрузки, после высокой нагрузки. Это очевидно, но такая необходимость грозит в наше время немногим. Кому то очевидно нужна сама нагрузка, и для него отдыхом может стать именно физическая нагрузка.

Отдых – реализация своих других физиологических потребностей, еда, секс и т.д.

Отдых – это осмысленная работа. Человек довольно часто выполняет работу, в которой не видит смысла. От такой работы можно быстро устать, даже если она очень проста и высокооплачиваема.
Осмысленная работа для разных людей и даже для одного человека в разном возрасте может быть совершенно разной.

Пример:
- помогать другим людям,
- добиться превосходства на другими людьми, победить.
- создавать новое, творить,
- создать что-то свое, где он ни от кого не зависит,
- выполнять в совершенстве (или хорошо) однообразную работу, без необходимости постоянно рисковать, внедрять новое и т.д.
- кого-то убеждать, вести за собой,
- бороться против кого-то.

Конечно, и от осмысленной работы можно устать, тогда отдых – это отсутствие задач, которые нужно решать.

Отдых – состояние пониженной физической и психической активности.

Цель отдыха – получение удовольствия и проявление интереса к тому или иному виду увлечений.

Отдыхать можно не только лежа на диване, но и во время длительной прогулки, чтения книг или при выполнении специальных релаксирующих упражнений.

**Виды отдыха**

· спорт (физический, умственный);

· чтение, литература;

· хобби;

· занятие любимым делом;

· музыка;

· творчество;

· прогулки;

· путешествия и т.д.

**Возможные проблемы пациента**

 Все проблемы, следует группировать следующим образом:

1. Изменения состояния независимости. Степень зависимости больных различна, им требуется различная адаптация к новым условиям работы и видам отдыха.

2. Изменения работы и отдыха, связанные с употреблением наркотиков и алкоголя, с безработицей. Потеря работы ведет за собой массу проблем: избыток свободного времени, безделье, невозможность полноценного (активного) отдыха из-за финансовых затруднений.

3. Изменения окружающей среды, распорядка дня и привычной деятельности из-за пребывания в лечебном учреждении.

**4.**Невозможность самостоятельно принимать решения в отношении собственного лечения

**Цели сестринского ухода**

Цели, определяемые при планировании сестринского ухода, должны быть согласованы с пациентом. В соответствии с проблемами, рассмотренными выше, цели следует формулировать приблизительно так:

* восстановление независимости при выборе работы;
* получение удовольствия от выбранной работы и доступного отдыха;
* снижение вредного воздействия психологических проблем, связанных с бехработицей;
* изменение условий окружающей среды в ЛПУ, способствующее выбору посильных для пациента видов деятельности и отдыха, и др.

**Сестринский уход**

 Медицинская сестра может помочь человеку с дискомфортом, вызванным изменениями обычного для данного человека образа жизни в связи с возникшей патологией.

Она должна, учитывая характер работы и обычный вид отдыха человека, спланировать виды деятельности, заменяющие обычные: чтение книг, журналов, теле- и радиопередачи, физические упражнения, прогулки по территории МО и т.п., что позволит человеку сохранить чувство собственного достоинства и самоуважение.

Решение проблем, возникших в связи с неудовлетворением потребности в труде, может оказаться за рамками компетентности медсестры. В этом случае она привлекает компетентных специалистов к решению этой проблемы либо дает совет, куда можно обратиться за помощью.

 **Виды и характеристика боли.**

Из множества различных симптомов заболеваний, боль является самым распространенным. Ощущение боли зависит от индивидуальных особенностей каждого человека. Поскольку боль – ощущение субъективное, ее трудно измерить, и только сам человек, испытывающий боль, говорит о ней, когда она есть, и боль существует там, где пациент говорит, что она действует, может передать нам свои ощущения и описать интенсивность боли.

**Боль** – это не только то, что физически ощущает человек, но еще и эмоциональное переживание. Восприятие боли может меняться в зависимости от того, какое значение ей придает человек, от его настроения и морального духа.

Существует концепция тотальной боли, в основе которой лежит холистический подход к человеку, свидетельствующий о том, что **боль имеет разные аспекты:**

**физический аспект**. Боль может быть одним из симптомов заболевания, осложнением основного заболевания, а также является побочным эффектом проводимого лечения. Боль может приводить к развитию бессонницы и хронической усталости.

**психологический аспект**. Боль может быть причиной гнева пациента, его разочарование во врачах и в результатах лечения. Боль может привести к отчаянию и изоляции, к появлению чувства беспомощности. Постоянный страх боли приводит к ощущению тревожности. Человек чувствует себя брошенным и никому ненужным, если друзья перестают навещать его, боясь потревожить.

**социальный аспект**. Человек, постоянно испытывающий боль, уже не может выполнять привычную для него работу. Из-за зависимости от окружающих, человек теряет уверенность в себе и чувствует собственную беспомощность. Все это приводит к снижению самооценки и качества жизни.

**духовный аспект**. Частая или постоянная боль может вызвать страх смерти и страх перед самим процессом умирания. Человек может чувствовать вину перед окружающими за причиняемые им волнения. Он теряет надежду на будущее.

**Физическая сторона боли.**

Нервная система ответственна за возникновение ощущение боли.

**Ощущение боли зависит от следующих факторов:**

- прошлого опыта;

- индивидуальных особенностей человека;

- тревоги, страха, депрессии, которые усиливают болевые ощущения;

- внушения, с помощью которого можно уменьшить боль;

- религии и религиозных убеждений, оказывающих влияние на ощущение боли;

- убеждений и отношения к боли, обусловленных социокультурными особенностями человека, причем и ощущения, и реакция на боль формируются в течение жизни.

**Порог болевого восприятия** – это точка, при которой ощущается боль, является тем, что отличает одного человека от другого.

Способность ощущать боль зависит от уровня функционирования нервной системы. Поэтому любые повреждения нервных окончаний, проводящих путей или участвующих в анализе информации областей коры головного мозга будет влиять на уровень ощущения боли.

 **В зависимости от локализации, причины, интенсивности и продолжительности различают несколько видов боли:**

**поверхностная боль**, часто появляется при воздействии высоких или низких температур, прижигающих ядов, а также при механических повреждениях;

**глубинная боль** – обычно локализуется в суставах и мышцах, человек описывает ее как продолжительную тупую боль или мучительную, терзающую боль;

**боль во внутренних органах** – часто связывается с конкретным органом: «болит сердце», «болит желудок» и т.д.;

**невралгия** – боль, появляющаяся при повреждении периферической нервной системы;

**иррадиирущая боль** – например, боль в левой руке или плече при стенокардии или инфаркте миокарда;

**фантомная боль** – боль в ампутированной конечности, часто ощущается как покалывание. Эта боль может продолжаться месяцами, о затем она проходит;

**психогенная боль** – боль без физических раздражителей. Для человека, испытывающего такую боль, она является реальной, а не воображаемой.

**Сестринский процесс при боли.**

**Первичная оценка боли.**

Первичную оценку боли дать достаточно сложно, поскольку боль – это объективное ощущение, включающее в себя неврологические, физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты. Описание боли человеком и наблюдение за его реакцией на нее – основные методы оценки состояния человека, испытывающего боль.

Н. Роупер приводит **три основных метода проведения оценки:**

 - описание боли самим человеком;

 - изучение возможностей причины появления боли;

 - наблюдения реакции человека на боль.

Прежде всего нужно определить локализацию боли. В начале, как правило, человек указывает на достаточно большой участок, затронутый болью. Однако при более детальном расспросе этот участок оказывается меньшего размера и более локализованным.

Далее следует выяснить возможную причину и время появления боли, условия исчезновения боли, а также ее продолжительность, факторы, усиливающие или ослабляющие боль.

Интенсивность боли должна быть оценена, исходя их ощущения этой боли самим пациентом, и не обязательно определяется по реакции его на боль. Для этого может быть использована **шкала оценки боли в баллах** (вербальная сравнительная шкала рейтинга боли):

**0** – боль отсутствует в состоянии покоя и при движении;

**1** – боль отсутствует в состоянии покоя, умеренная боль при движении;

**2** – легкая боль в состоянии покоя, умеренная боль при движении;

**3** – умеренная боль в состоянии покоя, сильная боль при движении;

4-сильная боль в состоянии покоя и при движении;

Проводя первичную оценку боли, следует выяснить у пациента ее характер (тупая, острая жгучая, сжимающая, колющая) и причины ее возникновения.

И наконец следует выяснить у человека, как он переносил подобную боль ранее.

**Определение целей сестринского ухода.**

При наличии боли у пациента главной целью сестринского ухода являются: устранение причин ее возникновения и облегчение страданий пациента. Следует учитывать, что устранение хронической боли является трудноразрешимой задачей и часто цель может заключаться только в том, чтобы помочь человеку превозмочь боль.

**Сестринские вмешательства.**

Для достижения поставленных целей и оценки эффективности обезболивания сестра должна точно представить себе весь цикл явлений, связанных с болью.



Несмотря на то, что сестры не назначают медикаментозного лечения их роль в проведении лекарственной терапии огромна. Лекарственная терапия, проводимая сестринским персоналом по назначению врача, осуществляется разными путями: через рот, под язык, внутримышечно, внутривенно.

Очень важно, чтобы сестра понимала, как «работает» то, или иное болеутоляющее средство. В этом случае она сможет совместно с пациентом проводить текущую оценку адекватности обезболивания.

Помимо лекарственной терапии, проводимой сестрой по назначению врача, в пределах еѐ компетентности имеются и другие способы обезболивания. Уменьшить боль могут отвлечение внимания, изменение положения тела, применение холода или тепла, обучение пациента различным методикам расслабления, растирание или лѐгкое поглаживание болезненного участка. Люди, обречѐнные жить, испытывая хроническую боль, нуждаются в особом комплексном лечении, которое многие из них могут получить в специальных лечебных учреждениях - хосписах. В хосписе пациента обучают, как совладать с болью и жить с ней, а не как излечить эту боль. Человеку помогают максимально возможно повысить качество своей жизни.

 **Способы обезболивания, используемые в хосписах, можно разделить на три группы:** - физические (изменение положения тела, применение тепла или холода, массаж и вибрация, акупунктура); - психологические (общение, отвлечение внимания, музыкальная терапия, техника расслабления и снятия напряжения, гипноз); - фармакологические (местные и общие анальгетики, транквилизаторы).

Поиск новых способов обезболивания продолжается постоянно. Однако, когда лекарственные средства в тех или иных случаях оказываются недостаточно эффективными или недоступными для пациентов (как правило, если пациент находится вне лечебного учреждения), первостепенное значение должно придаваться другим, нефармакологическим способам обезболивания.

**Оценка результатов сестринского вмешательства**

Для проведения итоговой оценки успешности сестринских вмешательств необходимы объективные критерии. Во многих странах постоянно ведутся научные исследования в этой области. Приведѐнные выше примеры линеек и шкал для определения интенсивности боли могут служить одним из критериев как при текущей, так и при итоговой оценке. Следует признать, что медицинская сестра не единственный человек, помогающий пациенту достичь эффекта обезболивания.

**Две шкалы, приведѐнные ниже, тоже помогут объективной оценке уменьшения боли: 1. Шкала для характеристики ослабления боли:**

А - боль полностью исчезла;

Б - боль почти исчезла;

В - боль значительно уменьшилась;

Г- боль уменьшилась слегка;

Д - нет заметного уменьшения боли.

**2. Шкала успокоения:** 0 - успокоение отсутствует;

1 - слабое успокоение; дремотное состояние, быстрое (лѐгкое) пробуждение;

2 - умеренное успокоение, обычно дремотное состояние, быстрое (лѐгкое) пробуждение;

3 - сильное успокоение, усыпляющее действие, трудно разбудить пациента;

4 - пациент спит, глубокий сон.

Боль и желание еѐ уменьшить - основные причины обращения людей за медицинской помощью. Многие понимают, что полностью снять боль не всегда возможно. Однако каждый пациент имеет право на адекватное обезболивание, декларированное ему в «Законе РФ об охране здоровья граждан».

**Тема 2.1. Внутрибольничная инфекция.**

Проблема ВБИ и инфекционного контроля является приоритетной по ряду причин, к которым относятся следующие:
1) смертность от ВБИ в медицинских стационарах выходит на первое место;
2) инфекция, полученная больным в стационаре, значительно удорожает его лечение, т.к. предполагает использование дорогостоящих антибиотиков и увеличивает сроки госпитализации;
3) инфекции - основная причина болезни и смерти новорожденных, особенно недоношенных (например, у 25 % недоношенных детей в отделении интенсивной терапии развивается сепсис, делая частоту смерти в 2 раза выше и госпитализацию длиннее);
4) потеря трудоспособности в связи с ВБИ несет значительные финансовые проблемы для больного и его семьи.

Во всех лечебных учреждениях, особенно в отделениях хирургического профиля, палатах и отделениях реанимации, интенсивной терапии, проводят мероприятия по профилактике внутрибольничной инфекции, соблюдают дезинфекционный режим.

ВБИ - любое клинически выраженное заболевание микробного, вирусного или паразитарного происхождения, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или амбулаторного обращения за лечебной помощью, а также заболевание сотрудника вследствие его работы в медицинском учреждении; вне зависимости от появления симптомов заболевания во время пребывания в больнице или после него. Внутрибольничная (нозокомиальная, госпитальная) инфекция развивается во время или в результате госпитализации.
Обычно инфекция считается внутрибольничной, если её симптомы появляются спустя 48 часов после поступления в стационар, хотя некоторые внутрибольничные инфекции могут развиться и после выписки больного.
По мнению ВОЗ (1979), внутрибольничная инфекция — это любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое поражает больного в результате его поступления в больницу или инфекционное заболевание медицинского работника вследствие его работы в данной больнице.

Условно можно выделить три вида ВБИ:

-у пациентов, инфицированных в стационарах;
- у пациентов, инфицированных при получении поликлинической помощи;
- у медицинских работников, заразившихся при оказании медицинской помощи больным в стационарах и поликлиниках.

Объединяет все три вида инфекций место инфицирования - *лечебное учреждение.*

Характеризуя ВБИ, необходимо отметить, что данная категория инфекций имеет свои особенности эпидемиологии, отличающие ее от так называемых классических инфекций. Они выражаются в своеобразии механизмов и факторов передачи, особенностей течения эпидемиологического и инфекционного процессов, а также и в том, что в возникновении, поддержании и распространении очагов ВБИ важнейшую роль играет медицинский персонал ЛПУ.

**Структура ВБИ**

В целях правильного понимания основных направлений профилактики ВБИ целесообразно кратко охарактеризовать их структуру.

Анализ имеющихся данных показывает, что в структуре ВБИ, выявляемых в крупных многопрофильных ЛПУ, гнойно-септические инфекции (ГСИ) занимают ведущее место, составляя до 75-80% от их общего количества. Наиболее часто ГСИ регистрируются у больных хирургического профиля, в особенности в отделениях неотложной и абдоминальной хирургии, травматологии и урологии. Основными факторами риска возникновения ГСИ являются: увеличение числа носителей штаммов резидентного типа среди сотрудников, формирование госпитальных штаммов, увеличение обсеменности воздуха, окружающих предметов и рук персонала, диагностические и лечебные манипуляции, несоблюдение правил размещения больных и ухода за ними и т.д.

Другая большая группа ВБИ - кишечные инфекции. Они составляют в ряде случаев до 7-12% от их общего количества. Среди кишечных инфекций преобладают сальмонеллезы. Регистрируются сальмонеллезы в основном (до 80%) у ослабленных больных хирургических и реанимационных отделений, перенесших обширные полостные операции или имеющих тяжелую соматическую патологию. Выделяемые от больных и с объектов внешней среды штаммы сальмонелл отличаются высокой антибиотикорезистентностью и устойчивостью к внешним воздействиям. Ведущими путями передачи возбудителя в условиях ЛПУ являются контактно-бытовой и воздушно-пылевой.

Значимую роль во внутрибольничной патологии играют гемоконтактные вирусные гепатиты В, С, D, составляющие 6-7% в ее общей структуре. Более всего риску заболевания подвержены больные, которым проводятся обширные хирургические вмешательства с последующей кровезаместительной терапией, программный гемодиализ, инфузионная терапия. Обследования, проводимые стационарным больным с различной патологией, выявляют до 7-24% лиц, в крови которых обнаруживаются маркеры этих инфекций. Особую категорию риска представляет медицинский персонал госпиталей, чьи обязанности предусматривают выполнение хирургических манипуляций или работу с кровью (хирургические, гематологические, лабораторные, гемодиализные отделения). При обследованиях выявляется, что носителями маркеров гемоконтактных вирусных гепатитов являются до 15-62% персонала, работающего в этих отделениях. Эти категории лиц в ЛПУ составляют и поддерживают мощные резервуары хронических вирусных гепатитов.

На долю других инфекций, регистрируемых в ЛПУ, приходится до 5-6% от общей заболеваемости. К таким инфекциям относятся грипп и другие острые респираторные инфекции, дифтерия, туберкулез и др. К детским инфекционным заболеваниям относятся: корь, скарлатина, дифтерия, краснуха, паротит и т.д.

**Эпидемиология внутрибольничных инфекций** Взаимодействие организма хозяина, микроорганизма и окружающей среды составляют основу эпидемиологии инфекционных болезней. Когда речь идет о внутрибольничных инфекциях, вероятность развития инфекций определяет взаимодействия между человеком (госпитализированным пациентом или медицинским работником), возбудителями внутрибольничной инфекции и больничным окружением, включающим, прежде всего, различные лечебные и диагностические процедуры.
**Цепочка инфекции**
 Эпидемиологический процесс можно рассматривать в виде цепочки, состоящей из трех звеньев. Чтобы инфекция возникла, должны присутствовать все три звена - возбудитель, средство передачи и вероятный объект попадания, то есть восприимчивый к инфекциям организм человека.
**Цепочка инфекции (механизм передачи инфекции)**

восприимчивый организм

механизм и факторы (пути) передачи возбудителя

источник инфекции

**человек**

**передача**

**возбудитель**

внешняя среда (сапронозы)

носитель человек животные

больной человек животные

резервуары живые и неживые

В медицинских учреждениях типичными местами оби­тания ВБИ, которые являются экзогенными источниками инфекции, могут быть:

* изделия из резины (катетеры, дренажные трубки);
* приборы, в которых используются вода и антисеп­тики (дистилляторы, ингаляторы, ионизаторы и другие); аппараты для искусственного дыхания;
* инструментарий.

Эндогенными источниками инфекции, т.е. преимуще­ственными местами их обитания в организме человека, являются:

* кожа и мягкие ткани;
* мочевыводящие пути;
* полости — рта, носоглотки, влагалища, кишечника.

Через руки персонала передаются: золотистый стафи­лококк, эпидермальный стафилококк, стрептококк А, эн­терококк, эшерихии, клебсиелла, энтеробактер, протей, сальмонелла, синегнойная палочка, анаэробные бактерии, грибки рода кандида, простой герпес, вирус полиомиели­та, вирус гепатита А.

**Возбудители инфекций -** первое звено в цепи инфекции - возбудители инфекции.
К ним относятся:
 •бактерии

 •вирусы
 •грибы
 •простейшие
 •многоклеточные паразиты
 Возбудители внутрибольничной инфекции варьируют по своей структуре и размерам. Наибольшее значение в качестве возбудителей внутрибольничной инфекции имеют бактерии, некоторые вирусы и грибы.
 Для успешной передачи возбудителей восприимчивому организму хозяина необходимо сохранение жизнеспособности микроорганизма в окружающей среде, из которой позже может произойти его передача. Резервуары, где происходят развитие и размножение внутрибольничных микроорганизмов, могут быть как одушевленными (например, медицинские работники в случае стафилококковой инфекции), так и неодушевленными (например, увлажнители воздуха в случае легионеллеза).

**Второе звено эпидемического (инфекционного) процесса**

Путь передачи — совокупность механизмов и факторов передачи, обеспечивающих перемещение возбудителя во внешней среде между источником и восприимчивым орга­низмом.

 **ПУТИ ПЕРЕДАЧИ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

* + 1. контактный
* прямой
* непрямой
* косвенный

аэрогенный

трансмиссивный (через переносчика)

фекально-оральный

вертикальный (перинатальный) от матери к ребенку

При попадании в организм хозяина микроорганизмы не обязательно вызывают инфекцию. Они могут существовать и размножаться, не повреждая при этом ткани и не вызывая иммунного ответа у хозяина (это состояние называется колонизацией).
 Способность микроорганизма вызывать инфекцию и тяжесть течения заболевания зависит от ряда внутренних характеристик микроорганизма.
**Возбудители инфекций могут передаваться:**• через прямой контакт человека с человеком, такой, как непосредственный контакт медицинского персонала с пациентами или с их секретами, экскретами и другими жидкими выделениями человеческого организма;
• при непрямом контакте пациента или медицинского работника с загрязненным промежуточным предметом, включая загрязненное оборудование или медицинские принадлежности;
• через капельный контакт, имеющий место при разговоре, чихании или кашле;
• при распространении по воздуху возбудителей инфекции, содержащихся в капельных молекулах, частицах пыли или взвешенных в воздухе, проходящем через вентиляционные системы;
• через обычные средства, поставляемые в медицинские учреждения: загрязненная кровь, лекарства, пища или вода. Микроорганизмы могут размножаться на этих поступающих в больницу средствах, а могут - и нет;
• через переносчика инфекции. Инфекция может передаваться от человека человеку через животное или насекомое, играющее роль промежуточного хозяина или переносчика заболевания.
Контакт - самое распространенное средство передачи инфекции в современных больницах.
Наиболее распространенные инфекционные заболевания и способы их передачи:
 • ветряная оспа прямой, непрямой или капельный контакт
 • коревая краснуха капельный контакт
 • гепатит В прямой или непрямой контакт
 • краснуха капельный контакт
 • туберкулез воздушный, капельный контакт
 • СПИД прямой контакт (кровь или жидкие выделения)
 • малярия переносчики инфекции
 • желтая лихорадка переносчики инфекции

**Восприимчивость человека**
 Восприимчивым называется человек, у которого сопротивляемость определенному патогенному агенту недостаточно эффективна.
Развитие инфекции и тяжесть клинических проявлений зависят не только от свойств возбудителя, но и от некоторых факторов, присущих организму хозяина:
• возраст
• сопутствующие заболевания
• генетически обусловленный иммунный статус
• генетически обусловленная неспецифическая резистентность предшествующая иммунизация
• наличие иммунодефицита, приобретенного вследствие заболевания или терапии

• неадекватное питание (дефицит белков, витаминов, минералов);

• изменение нормальной микрофлоры человека;

• психологическое состояние
**Восприимчивость человеческого организма к инфекциям увеличивается при:**
• наличие открытых ран
• наличие инвазивных устройств, таких, как внутрисосудистые катетеры, трахеостомы и т.д.
• наличии основного хронического заболевания, такого, как сахарный диабет, иммунодефицит, неоплазмоз, лейкемия
• определенном терапевтическом вмешательстве, включающее иммуноподавляющую терапию, облучение или антибиотики.
Вся совокупность госпитальных условий приводит к тому, что наряду с возможным возникновением и распространением инфекционных заболеваний, которые встречаются вне стационаров, для госпитализированных пациентов характерны заболевания, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами.
 В ряде случаев, особенно в стационарах хирургического профиля, условно-патогенные микроорганизмы доминируют в качестве возбудителей заболеваний.
**Развитие инфекций, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами в госпитальных условиях, возможно при наличии одного из четырех условий:**
• заражение очень большой дозой микроорганизмов одного штамма
• ослабление организма пациента
• усиление вирулентности этиологического агента
• необычные, эволюционно не обусловленные входные ворота и поражение соответствующих тканей, вегетация на которых не обеспечивает сохранения возбудителя как биологического вида.
Необходимо отметить, что чаще имеет место действие не одного, а сразу нескольких упомянутых факторов, приводящих к развитию заболеваний, вызываемых условно-патогенными микроорганизмами.
**Как разрушить цепочку инфекций**
 Если прервать цепочку инфекции в любом из трех вышеприведенных звеньев, эпидемический процесс можно остановить. У медицинского персонала имеется несколько способов разрушить цепочку инфекции, воздействуя на возбудителя, путь передачи и/или восприимчивость (иммунитет) организма человека. Комплексные эпидемиологические мероприятия должны быть направлены на все три звена.

**ОСОБЕННОСТИ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ УБОРКИ ПОМЕЩЕНИЙ СТАЦИОНАРА**

**Общие требования**

Порядок проведения уборки в помещениях ЛПУ осу­ществляется согласно СанПиНу 5179-90, зависит от про­филя и функционального назначения конкретного поме­щения. Наиболее «жесткие» требования предъявляются к санитарному состоянию и, соответственно, к проведению санитарной обработки, инфекционных, хирургических, акушерских стационаров, процедурных, перевязочных,
смотровых, стоматологических кабинетов, отделений для иммуноослабленных больных и интенсивной терапии, детских отделений, где имеется наибольший риск возникновения ВБИ, обусловленный высокой степенью обсемененности объектов микроорганизмами или повышенной восприимчивостью к инфекциям находящегося в помещениях контингента. Все помещения *стационара любого профиля,* обо­рудование, медицинский и другой инвентарь должны со­держаться в чистоте.

**Текущая дезинфекция**, или профилактическая (влаж­ная уборка помещений), проводится ***не реже двух раз в сутки*** (а при необходимости чаще) с применением мою­щих или моющее- дезинфицирующих средств. **Протирка оконных стекол** должна проводиться ***не реже одного раза в месяц изнутри***и по мере загрязнения, но ***не реже одного раза в четыре-шесть месяцев — снаружи****.* Для влажной уборки используются жидкие моющие средства.

Весь **уборочный инвентарь** (ведра, емкости, ветошь, швабры и другое) должен иметь четкую маркировку не­смываемой краской с указанием помещения и видов убо­рочных работ (например, для мытья полов в процедурном кабинете), использоваться строго по назначению и хра­ниться раздельно в закрытой санитарной комнате. После завершения работ весь уборочный инвентарь дезинфици­руется в том же растворе, который использовался для уборки методом полного погружения или двукратного протирания. При выполнении работ млад­шим медицинским персоналом контроль соблюдения санитарно-противоэпидемического режима возлагается на медицинскую сестру (палатную, процедурную или другую), ответственную за данный объект.

**Генеральная уборка** палат и других функциональных объектов и кабинетов должна проводиться по утвержден­ному графику отделений с тщательным мытьем стен, всего оборудования, а также протиранием мебели, светильников, защитных жалюзи и т.п. от пыли с последующим облучением бактерицидной лампой:

* инфекционная служба – 1 раз в 7 – 10 дней;
* терапевтическая и неврологическая службы – 1 раз в месяц;
* хирургическая и гинекологическая службы (оперблок, перевязочная, родильные залы) – 1 раз в 7 дней;
* малый процедурный кабинет во всех службах , а также диагностические кабинеты – 1 раз в 7 дней;
* ванные комнаты, туалеты, подсобные помещения и вспомогательные помещения – 1 раз в 10 – 15 дней.

**Обеззараживание воздуха и поверхностей** проводят УФ-облучением в течении двух часов бактерицидными облучателями (операционные, перевязочные, процедурные и др.) с последующим проветриванием.

Поверхности в помещениях, аппаратов, приборов обеззараживают способом протирания ветошью, смоченной в дезинфеканте, или способом орошения. Медперсонал соблюдает меры предосторожности: использует защитную одежду, резиновые перчатки. Обработку проводят в отсутствие пациентов.

**Проветривание палат и других помещений**, нуждаю­щихся в доступе свежего воздуха через форточки, фраму­ги, створки необходимо осуществлять *не менее 4 раз в сутки* по графику стационара. В коридорах палатных от­делений стационара необходимы устройства воздухообмена: приточной и вытяжной вентиляции с кратностью воздухо­обмена 0,5 объема коридора с преобладанием вытяжки, а также естественная вентиляция. Воздух, подаваемый в операционные и другие зоны повышенной требовательно­сти к стерильности воздуха, должен очищаться на бакте­риологических фильтрах, местными отсосами или вытяж­ными шкафами. При необходимости проводится кондици­онирование воздуха или палаты оборудуются кювезами (для детей). Важно, чтобы соблюдались требования по кратно­сти воздухообмена, поддержании влажности воздуха в пре­делах 55—60% , а скорость движения воздуха не превыша­ла 0, 15 м/с.

**Санитарные узлы** (туалеты) убираются по мере необхо­димости, но не реже 3 раз в день по тем же правилам.

**Ежегодно** **проводится подготовка всех помещений к зиме** (проверка и ремонт систем отопления, вентиляции, остек­ление, утепление и оклейка окон, утепление дверей и т.д.). Администрация больницы организует постоянное проведе­ние профилактической обработки помещений стационара против насекомых (дезинсекцию) и грызунов (дератизацию) по договорам со службой центра гигиены и эпидемиологии.

Контроль за температурой, влажностью, загрязненно­стью воздушной среды и кратностью воздухообмена в ин­фекционных и туберкулезных больницах осуществляется 1 раз в 3 месяца, в пульмонологических отделениях — 1 раз в 12 месяцев и оформляется актом, который хранит­ся у старшей сестры отделения.

Прежде, чем приступить к работе, медицинский персонал, проводящий обработку, должен внимательно изучить Методические указания по применению выбранного конкретного средства, обращая внимание на спектр антимикробного действия (обеспечит ли средство гибель имеющегося на поверхностях микроорганизма), параметры токсичности (можно ли применять средство в присутствии больных, какие применять меры предосторожности при работе с ним и т.д.), обладает ли средство моющим действием, а также имеющиеся характерные особенности средства***.***

***Обучение пациентов***
Очень важно, чтобы пациенты поняли основные принципы инфекционного контроля, связанные с их лечением. К ним относятся:
• соответствующее использование и правильное урнирование таких предметов, как испачканные бинты и салфетки;
• аккуратное пользование туалетом, особенно это относится к детям и престарелым больным людям;
• мытье рук и применение защитных барьеров для уменьшения распространения возбудителей инфекции;
• особенно тщательный уход за теми местами на теле, которые имеют высокий уровень микробного загрязнения;
• ознакомление с возможными путями попадания возбудителей инфекции, возникающими после терапевтических и диагностических процедур (например, внутрисосудистые или хирургические зоны проникновения);
• немедленное сообщение врачу о возникновении боли, покраснения, появлении (изменении характера) выделений из ран;
• использование эффективных приемов послеоперативного дыхания и откашливания для снижения пульмонологических осложнений;
• осознание важности прохождения полного курса предписанной антибактериальной терапии даже после выписки из больницы.
Такое обучение весьма полезно и для членов семьи больного, так как они, во-первых, могут быть скрытым источником инфекции и, во-вторых, именно они будут ухаживать за пациентом после его выписки из больницы.
***Посетители*** Для защиты пациентов и возможных посетителей следует разработать и применять на практике определенные правила. Доступ посетителей желательно осуществлять через один контролируемый вход. Если посещение начинает причинять неудобства, следует поместить пациентов группы
повышенного риска в специальное отделение, для которого правила посещения строго ограничены.
 Посетителей обязательно предупреждают о соблюдении мер предосторожности, таких, как мытье рук или защитная одежда при посещении пациента, имеющего инфекционное заболевание или повышенную восприимчивость к инфекции.
 Посетители должны также понимать степень риска, которому они подвергают пациентов, особенно в периоды зарегистрированных в данной местности эпидемий, например гриппа. Кроме того, детей, навещающих пациента, тщательно осматривают и проверяют, нет ли у них передающихся заболеваний или активной инфекции.
Правила тщательного мытья и дезинфекции всех предметов и оборудования в лечебных учреждениях очень важны по эстетическим соображениям и для уменьшения микробного загрязнения окружающих поверхностей.
 Неправильная обработка медицинских инструментов и оборудования, а также других предметов ухода за больными является частой причиной возникновения внутрибольничных инфекций.

**Тема 2.2. Дезинфекция**

 **Виды и методы дезинфекции**

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ = ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ**

**ДЕЗИНФЕКЦИЯ – ЭТО**

**Уничтожение патогенных и условно-патогенных микроорганизмов** на объектах внешней среды, предметах ухода за больными, медицинском оборудовании и инструментарии

**Противоэпидемическое мероприятие,** направленное на прерывание эпидемического процесса путем воздействия на пути передачи возбудителя

Собственно дезинфекция включает и такие понятия, как дезинсекция и дератизация.

**Дезинсекция** — (лат. *des —* приставка, обозначает унич­тожение, лат. *insectum —* насекомое) — комплекс мероприятий, направленных на уничтожение членистоногих — пе­реносчиков инфекционных и инвазивных заболеваний.

**Дератизация** — (фран. *de 'ratisation* от *rat —* крыса) — ком­плекс мероприятий, направленных на борьбу с грызунами, опасными в эпидемическом отношении.

**Задача дезинфекции** — предупреждение или ликвидация процесса накопления, размножения и распространения воз­будителей заболеваний путем их уничтожения или удаления на объектах и предметах, то есть дезинфекция обеспечивает - прерывание путей передачи заразного начала от больного к здоровому, т.е. направлена на профилактику ВБИ у пациентов и персонала ЛПУ. Дезинфекции подвергаются все изделия после их применения. После дезинфекции изделия применяются по назначению или (при наличии показаний) подвергаются предстерилизационной очистке и стерилизации.

**Дезинфектант** (дезинфицирующее средство) — химическое вещество различного происхождения, состава и назначения, вызывающее гибель или приостановку жизнедеятельности организма.

В качестве средств дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации используют только разрешенные в установленном порядке в РФ физические и химические средства. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации допускается использование только того оборудования (установки, моечные машины, стерилизаторы), которое разрешено в установленном порядке к промышленному выпуску и применению (в случае импортного оборудования, разрешено к применению) в РФ.

**Дезинфентанты, применяемые в ЛПУ, их классификация**

Дезинфекционные средства, применяемые в ЛПУ, по на­значению делят на ***3 основные группы***:

1) для обеззараживания изделий медицинского назначения;

2) для дезинфекции помещений, предметов обстановки и ухода за больными;

3) антисептики для обработки рук медперсонала.

**Изделия медицинского назначения** — это предметы ухода за пациентами, медицинский инструментарий и оборудо­вание:

■ предметы ухода — грелки, термометры, катетеры, зон­ды, лотки, клеенки;

■ медицинский инструментарий — шприцы, пинцеты, зажимы, ножницы, корнцанги, цапки, шпатели;

■ оборудование — манипуляционные столики, стойки для капельных систем, функциональные кровати.

В большинстве случаев в целях дезинфекции используют химические вещества различного происхождения, состава и назначения, вызывающие гибель или приостановку жизнеде­ятельности микроорганизмов, так называемые противомикробные вещества — дезинфектанты.

**Подход к выбору дезинфицирующих средств**

**■** широкий спектр действия;

■ экологичность;

■ сенсибилизирующая или кумулятивная опасность;

■ отсутствие отрицательного влияния на здоровье людей;

■ антикоррозийность;

■ стабильность при хранении;

■ удобство при транспортировке;

■ малая токсичность;

■ экономичность.

**ВИДЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ**

**Очаговая**

(при наличии очага инфекции)

**Профилактическая**

(при отсутствии очага инфекции)

проводят как предупредительную меру противоэпидемическая,

проводят в случае

при отсутствии выявленного источника возникновения инфекционного заболевания

инфекции для защиты человека от или при подозрении на него

возможного заражения

в зависимости от **времени проведения**

**Текущая**

(производят

многократно в

условиях ЛПУ или

домашних условиях)

проводят постоянно в ЛПУ и других учреждениях силами персонала этих

учреждений

**Заключительная**

(производят однократно)

проводят однократно после госпитализации пациента и перевода в инфекционное отделение, выздоровления, смерти пациента

проводят постоянно вокруг больного или

носителя

**Контроль качества текущей и заключительной дезинфекции**

Контроль качества текущей и заключительной дезин­фекции возложен на сотрудников, ответственных за про­тивоэпидемический режим, проводится ежедневно, а цент­ры гигиены и эпидемиологии (далее центра) — ежеквар­тально в хирургическом стационаре, а в соматических от­делениях — два раза в год.

Различают ***химический***контроль (отбирают пробы сухого препарата и дезинфицирующих растворов, достав­ляют в лабораторию центра, где определяют в пробах со­держание активнодействующего вещества и делают заклю­чение о правильности приготовления растворов). Меди­цинские сестры имеют право работать с теми дезинфици­рующими средствами, на которые имеется заключение.

***Визуальный***контроль осуществляет врач или лаборант центра.

***Бактериологический***контроль (смывы берут в количе­стве 1% от общего числа предметов, но не менее трех проб) осуществляют специалисты центра.

**МЕТОДЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ**

**Биологический**

основан на использовании биологических

процессов, протекающих в естественных условиях (анта­гонистическое действие между

микробами)

**Физический**

основан на

воздействии ряда

физических факторов:

кипячение,

пастеризация,

применение огня, замораживание, охлаждение,

ультрафиолетовое

облучение, СВЧ,

воздействие сухого

горячего воздуха,

водяного насыщенного

пара под давлением

**Химический**

основан на

применении

химических веществ

(дезинфектантов и

антисептиков)

способами —

орошение,

протирание,

погружение или

замачивание,

засыпание сухим

препаратом

**Механический**

основан на удалении

возбудителей

инфекционных болезней с предметов(полного

удаления не достигается,

но снижается

концентрация):

вытряхивание, мытьё рук,

выколачивание, сквозное

проветривание,

протирание влажной

ветошью, влажная уборка,

стирка, обмывание

**Комбинированный**

сочетает использование нескольких методов (например, влажная уборка помещений с последующим ультрафиолетовым облучением)

**Дезинфицирующие средства по химическому составу**

Галогеносодержащие (хлорсодержащие препараты)

Четвертичные аммониевые соединения и их аналоги

Препараты, содержащие

в составе действующих

веществ, альдегиды

**Группы дезинфектантов**

Перекисные соединения

Производные фенола

Спирты

 **Хлорсодержащие препараты**

Выделяют в воздух высокие концентрации «активного» хло­ра, имеют резкий запах и раздражают дыхательные пути, оказы­вают сильное коррозионное действие на металлы, не устойчивы во внешней среде. Современные препараты (Люмакс-хлор, ДП-2Т) выпускают в таблетированной форме, что предотв­ращает «пыление» дезинфектанта.

**Анолит** — электрохимически активированный раствор на­трия хлорида, получают в концентрации 0,05% — рабочий раствор, используют без разведения, однократно, малоток­сичное средство.

*Применение:* 0,05% раствор — дезинфекция, дезинфекция совмещенная с предстерилизационной очисткой, химическая стерилизация.

**Гипохлорит натрия (ГПХН)** — электрохимически активи­рованный раствор натрия хлорида, получают в концентрации 0,5% — основной раствор, который разводят водой до рабо­чих концентраций 0,25%, 0,125%, средство средней токсич­ности. В присутствии пациентов разрешено применять толь­ко 0,125% растворы, которые готовят с 0,5% мокших средств «Прогресс», «Лотос», «Астра».

*Применение:* 0,125% раствор — дезинфекция предметов ухо­да, влажная уборка помещений ЛПУ;

0,25% раствор — генеральная уборка.

**Люмакс-хлор** — таблетированное средство, хорошо раство­римо в воде. Для сочетания процесса дезинфекции и очистки к растворам препарата добавляют моющие средства, разрешен­ные для применения в ЛПУ.

*Применение:* 0,06-0,3% растворы — дезинфекция поверх­ностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, белья, посуды, изделий медицинского назначения, проведе­ние генеральных уборок в ЛПУ.

**ДП-2Т** — таблетированное средство, водные растворы бес­цветны, прозрачны.

*Применение:* 0,01—0,2% растворы — дезинфекция изделий медицинского назначения, поверхностей в помещениях, са­нитарно-технического оборудования, белья, посуды, убороч­ного инвентаря.

**Сульфахлорантин Д** — порошок белого цвета с умеренным запахом хлора, растворим в воде, водные растворы прозрач­ные, бесцветные. Рабочие растворы 0,1-2,5%.

*Применение:* дезинфекция поверхностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, белья, посуды, изде­лий медицинского назначения, проведение генеральных убо­рок в ЛПУ.

**Форэкс-хлор** — жидкий дезинфектант светло-желтого цвета на основе гипохлорита натрия, рабочие растворы — 0,1— 0,5%. Препаратом разрешены основные проблемы хлорсодержащих средств: антикоррозионность, моющие свойства, низкотоксичность, эффективность работы в жесткой воде.

*Применение:* дезинфекция поверхностей в помещениях, изделий медицинского назначения, проведение генеральных уборок, обезвреживание медицинских отходов перед утилиза­цией.

**Четвертичные аммониевые соединения и их аналоги**

ЧАС в чистом виде применяют редко, так как имеют недо­статки: медленное и слабое проявление свойств.

**Преимущества ЧАС:**

**■** имеют высокие антикоррозийные и антистатические свойства;

■ обладают поверхностной активностью и антисептичес­кими свойствами;

■ малотоксичны в чистом виде — это позволяет прово­дить обработку в присутствии людей;

■ имеют наиболее оптимальное сочетание дезинфициру­ющих и моющих свойств.

*Применение:* дезинфекция стен, полов, мебели; в сочета­нии с другими дезинфектантами используют для дезинфек­ции инструментов и антисептической обработки кожи.

**Дезинфектанты некомпозиционного состава**

**Дюльбак ДТБ/Л** — жидкий концентрат, разводимый во­дой, умеренно токсичное средство.

**Септабик** — высокоэффективный дезинфектант, порошок белого цвета, без запаха, удовлетворительно растворимый в воде до концентрации 0,5%, малотоксичен.

**Дезинфектанты композиционного состава**

**Самаровка** — концентрат светло-синего цвета с приятным запахом, малотоксичен.

*Применение:* дезинфекция, в том числе совмещенная с предстерилизационной очисткой, изделий медицинского назна­чения различных материалов; дезинфекция поверхностей в

помещениях, санитарно-технического оборудования; прове­дение генеральных уборок.

**Бриллиант** — прозрачная бесцветная жидкость, рабочие растворы 0,5—10%.

*Применение:* дезинфекция поверхностей в помещениях, санитарно-технического оборудования, уборочного материа­ла, изделии медицинского назначения, в том числе совме­щенной с предстерилизационной очисткой, проведение ге­неральных уборок.

**Клиндезин-специаль** — прозрачная жидкость голубого цве­та с характерным запахом, малотоксичное средство, рабочие растворы 0,5—2%.

*Применение:* дезинфекция поверхностей в помещениях, изделий медицинского назначения, предстерилизационная очистка, в том числе совмещенная с дезинфекцией, проведе­ние генеральных уборок.

**Препараты, содержащие в составе действующих веществ альдегиды**

**Альдегиды** — большой по численности класс химических соединений, действующее начало которых — глутаровый или янтарный альдегид.

*Применение,* дезинфекция и стерилизация изделий меди­цинского назначения, в основном из термолабильных мате­риалов.

**Глутаровый альдегид** имеет преимущество перед хлорсодержащими и перекисными соединениями: спороцид, не вызы­вает коррозию изделий.

**Отдельные альдегидсодержащие препараты**

**Бианол** — жидкость — концентрат ярко-синего цвета, имеет слабый специфический запах, умеренно токсичный, раздра­жает глаза и кожу.

**Глутарал Н** — двухкомпонентная система, состоит из бес­цветной прозрачной жидкости и активатора-порошка; умерен­но токсичное средство.

**Лизоформин 3000** — прозрачный жидкий концентрат, уме­ренно токсичен.

**Перекисные соединения**

**Перекись водорода** обладает почти универсальным противомикробным действием; имеет высокую окислительную спо­собность. Теряет активность на свету, при взаимодействии с металлами, органическими веществами, щелочами.

*Применение:*

■ 3% раствор — антисептик для обработки кожи и сли­зистых оболочек;

■ 3%, 4% растворы — дезинфектанты изделий медицинс­кого назначения;

■ 6% раствор — стерилянт изделий медицинского назна­чения.

**НУ-Сандекс** — двухкомпонентная система. Активирован­ный раствор используют многократно, стерилизующий ра­створ.

**Спирты**

Спирты используют самостоятельно, в составе различных антисептиков, а также в качестве растворителей.

Средства на спиртовой основе используют в качестве кож­ных антисептиков. В настоящее время широко используют препараты на базе хлоргексидина биглюконата — в водных **и** спиртовых растворах.

*Применение:*

■ 70% раствор этилового спирта — кожный антисептик, дезинфекция предметов ухода (фонендоскоп, термо­метр);

■ 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина в 70% этиловом спирте — кожный антисептик, дезинфекция изделий медицинского назначения;

■ 4% водный раствор хлоргексидина биглкжоната — кож­ный антисептик, дезинфекция изделий медицинского назначения.

**Производные фенола**

Препараты фенола оказывают микробоцидное и микробостатическое действие на все виды микроорганизмов: бактерии, грибы, вирусы и простейшие.

**Амоцид** — жидкий концентрат зеленого цвета. Рабочие ра­створы — 1-1,5%, умеренно токсичное средство.

*Применение:* дезинфекционная обработка обуви, полов, стен, мебели, обеззараживание предметов, не входящих в непосредственный контакт с пациентом.

**В качестве средств дезинфекции используют только разре­шенные в установленном порядке в Российской Федерации химические препараты согласно методических указаний!**

**Виды уборок, проводящихся в процедурных, перевязочных, операционных**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Вид уборки** | **Время проведения** | **Примечание**  |
| Профилактическая  | Перед началом работы | Проводится уборка и дезинфекция рабочих поверхностей |
| Текущая  | В течение рабочего дня | После каждого пациента проводится уборка и дезинфекция использованного оборудования |
| Заключительная | В конце рабочего дня | Уборка и дезинфекция использованного инвентаря, влажная уборка помещения |
| Генеральная  | 1 раз в неделю | - |

**Порядок проведения уборки помещений ЛПУ**

Определенную роль в предупреждении ВБИ играют мероп­риятия, направленные на снижение микробной обсемененности поверхностей и воздуха в помещениях ЛПУ. Поэтому санитарная обработка помещений и использование УФ-лучей (комбинированная дезинфекция) — один из важных компо­нентов санитарно-эпидемиологического режима любого ЛПУ.

Под санитарной обработкой поверхностей в помещении ЛПУ подразумевают очистку пола, стен, окон, дверей, жесткой мебели, поверхности аппаратов, приборов, оборудования от пыли, грязи, субстратов биологического происхождения.

**Общие сведения:**

1. Для обработки используют моющие (порошки, мыло, сода), моюшее-дезинфицирующие средства (анолит, самаровка, бриллиант), а также физические способы обеззаражива­ния (высокая температура, УФ-лучи).

2. Уборочный инвентарь должен иметь четкую маркиров­ку с указанием помещения и видов работ. После уборки ин­вентарь обрабатывают дезинфектантом с соблюдением экспо­зиции, прополаскивают водой, высушивают и хранят в ем­кости с соответствующей маркировкой. Инвентарь для убор­ки туалетов хранят только в туалетах.

3. Поверхности в помещениях, аппаратов, приборов обез­зараживают способом протирания ветошью, смоченной в дезинфектанте, или способом орошения. Медперсонал соблюдает меры предосторожности: использует защитную одежду, резино­вые перчатки. Обработку проводят в отсутствие пациентов.

4. Обеззараживание воздуха и поверхностей проводят УФ-облучением в течение двух часов бактерицидными облучате­лями (операционные, перевязочные, процедурные и др.) с последующим проветриванием.

5. Частота проведения обработок зависит от профиля ЛПУ и функционального назначения конкретного помещения (на­пример, процедурные, перевязочные, смотровые хирургичес­ких, инструментальных, акушерских стационаров).

В помещениях ЛПУ любого профиля в соответствии с дей­ствующими нормативными документами 2 раза в сутки проводят влажную уборку с применением моющих или моюще-дезинфицирующих средств. Протирание оконных стекол необходимо проводить не реже 1 раза в месяц изнутри и по мере загрязнения, но не менее 1 раза в 4—6 месяцев снаружи.

Генеральную уборку палат, помещений с тщательным мы­тьем стен, полов, всего оборудования, а также протирание мебели, светильников, защитных жалюзи от пыли проводят по утвержденному графику отделений:

■ инфекционная служба — 1 раз в 7—10 дней;

■ терапевтическая и неврологическая службы — 1 раз в месяц;

■ хирургическая и гинекологическая службы (оперблок, перевязочная, родильные залы) — 1 раз в 7 дней;

■ малый процедурный кабинет во всех службах, а также диагностические кабинеты — 1 раз в 7 дней;

■ ванные комнаты, туалеты, подсобные помещения и вспомогательные помещения — 1 раз в 10—15 дней.

**Требования к средствам дезинфекции поверхностей в помещениях ЛПУ**

Средства дезинфекции должны:

1) вызывать гибель возбудителей ВБИ: бактерий, вирусов, грибов — при комнатной температуре;

2) обладать моющими свойствами или хорошо совмещать­ся с моющими средствами;

3) иметь относительно низкую токсичность и быть безвред­ными для окружающей среды;

4) быть совместимыми с различными видами материалов (не портить обрабатываемые поверхности);

5) быть стабильным, неогнеопасным, простым в обра­щении;

6) не оказывать фиксирующего действия на органические загрязнения.

Генеральную уборку проводят по графику, утвержденному заведующим отделением. Ответственное лицо за проведение генеральной уборки — старшая медсестра отделения. После проведения уборки медсестра делает отметку в журнале гене­ральных уборок.

**ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ ПРЕПАРАТАМИ**

**При попадании на кожу:**

**■** пораженное место обильно промыть водой; **при попадании в глаза:**

**■** немедленно промыть водой или 2% раствором питьевой соды в течение нескольких минут;

■ при раздражении глаз — закапать раствор альбуцида; **при отравлении через дыхательные пути:**

**■** вынести пострадавшего в другое помещение или на све­жий воздух;

■ прополоскать рот и промыть носоглотку водой;

■ рекомендуют прием теплого молока с питьевой содой.

**СБОР, ХРАНЕНИЕ И УДАЛЕНИЕ ОТХОДОВ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Медицинские отходы очень опасны как для здо­ровья человека, так и для окружающей среды, и их сбор, хранение и утилизацию необходимо прово­дить, соблюдая установленные санитарно-эпиде­миологические правила и нормы (СанПиН 2.1.7.7-28-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений»).

***«Медицинские отходы — это любые отходы, пол­ностью и частично состоящие из тканей человека или животных, крови или других жидкостей тела, экскре­ментов, фармацевтических продуктов, бинтов, одежды, предметов медицинского ухода и зубоврачебной практики, шприцев, игл, других острых предметов, ко­торые были в контакте с кровью или экскрементами, и в случае, если их не обезвредить, могут быть опасны­ми для любого человека, вошедшего с ними в контакт, в частности инфицировать его» (Лондонская инструк­ция по отходам от 1988 г.).***

Известно, что любое инфекционное заболевание, в том числе такие, как ВИЧ-инфекция, гепатит В и другие, пе­редающиеся через кровь, туберкулез, могут явиться при­чиной ВБИ из-за несоблюдения правил утилизации опас­ных и особо опасных медицинских отходов, обусловлен­ных как человеческим фактором (персонал ЛПУ), так и отсутствием необходимого технического оснащения ЛПУ, оборудованием для утилизации отходов. Ввиду этого се­годня важно выполнять в полном объеме принятые прави­ла и нормы обеспечения санитарно-противоэпидемической и экологической безопасности при утилизации отходов ЛПУ. Применяемая повсеместно химическая дезинфекция отходов этих классов характеризуется крайне низкой эф­фективностью. Кроме того, увеличение одноразовых изде­лий, не подлежащих стерилизации и повторному приме­нению, способствуют накоплению отходов в ЛПУ. Сегодня жидкие отходы сбрасываются в канализацию, твердые вывозятся с твердыми бытовыми отходами на свалку. Тер­мическим способом уничтожаются только продезинфицированные отходы операционных и патологоанатомических отделений. В ЛПУ нет в достаточном количестве однора­зовых медицинских упаковок для сбора отходов и теле­жек для их перевозки, внекорпусных помещений, специ­ально промаркированных по классам отходов контейне­ров для временного их хранения, специального транспор­та для перевозки. Потенциальная опасность медицинских отходов для персонала ЛПУ, населения и окружающей среды определяется риском инфекционного заражения, физического, токсического и радиоактивного поражения, экологического загрязнения окружающей среды.

В связи с этим на территории всех ЛПУ организована **система сбора,** временного хранения и транспортирова­ния отходов, а в каждом медицинском подразделении — назначено ответственное лицо, которое непосредственно на местах первичного сбора отходов должно осуществлять контроль за обращением с отходами и герметизацию одно­разовых емкостей (пакетов, баков). Требования СанПиНа 2.1.7.728-99 г. регламентируют наличие в составе ЛПУ соответствующих помещений, площадок для временного хранения медицинских отходов, а также сооружений по их термической утилизации. Эти правила обязаны выполнять все ЛПУ, организации, занимающиеся сбором, хранением, транспор­тированием отходов здравоохранения, а также проекти­рованием и эксплуатацией установок переработки, обезв­реживания и полигонов захоронения твердых отходов.

Соблюдая санитарные правила сбора и хранения отходов, медицинская сестра делает свой труд безопасным и для себя и для пациентов.

Исходя из различной степени эпидемиологичес­кой, токсикологической, радиационной опасности отходы делят на пять классов.



**Класс А — неопасные отходы:**

* отходы, не имеющие контакта с биологичес­кими жидкостями пациентов, инфекцион­ными больными, нетоксичные отходы;
* пищевые отходы всех подразделений и отделе­ний ЛПУ, кроме инфекционных (в т.ч. кожно-венерологических), фтизиатрических;
* мебель, инвентарь, неисправное диагности­ческое оборудование, не содержащие токси­ческих элементов;
* неинфицированная бумага, строительный му­сор и т.д.

***Отходы класса А образуются в следующих струк­турных подразделениях:***

* палатные отходы отделений (кроме инфек­ционных, кожно-венерологических, фтизиа­трических, микологических) ЛПУ;
* административно-хозяйственные помеще­ния ЛПУ;
* центральные пищеблоки, буфеты отделений (кроме инфекционных, кожно-венерологических, фтизиатрических, микологических);
* внекорпусной территории лечебно-профи­лактического учреждения.

Сбор отходов класса А осуществляется в мно­горазовые емкости или одноразовые пакеты. Одноразовые пакеты располагаются на специаль­ных тележках или внутри многоразовых баков. Заполненные многоразовые емкости или одно­разовые пакеты доставляются к местам установки межкорпусных контейнеров и перегружаются в контейнеры, предназначенные для сбора отходов данного класса. Многоразовая тара после сбора и опорожнения подлежит ежедневному мытью и дезинфекции.

Крупногабаритные отходы данного класса со­бираются в специальные бункеры для крупно­габаритных отходов. Поверхности и агрегаты крупногабаритных отходов, имевшие контакт с ин­фицированным материалом или больными, подвер­гаются обязательной дезинфекции.

***Пакеты для сбора отходов класса А должны иметь белую окраску***. Отходы класса А могут быть захоронены на обычных полигонах по захоронению твердых бытовых отходов, могут быть подвергнуты термическому обезвреживанию или вывезены на специальные полигоны.

**Класс Б — опасные отходы:**

* потенциально инфицированные отходы;
* материалы и инструменты, загрязненные вы­делениями, в том числе кровью;
* патологоанатомические отходы;
* органические операционные отходы (органы, ткани и т.п.);
* все отходы из инфекционных отделений (в том числе пищевые);
* отходы из микробиологических лабораторий, работающих с микроорганизмами 3 – 4-й груп­пы патогенности;
* биологические отходы вивариев.

***Отходы класса Б образуются в следующих струк­турных подразделениях:***

* операционные;
* реанимационные;
* процедурные, перевязочные и другие манипуляционно-диагностические помещения ЛПУ;
* инфекционные, кожно-венерологические отделения ЛПУ;
* медицинские и патологоанатомические лабо­ратории;
* лаборатории, работающие с микроорганиз­мами 3 – 4-й групп патогенности;
* виварии, ветеринарные лечебницы.

Все отходы, образующиеся в этих подразделе­ниях, после дезинфекции собирают в одноразовую герметичную упаковку.

***Мягкую упаковку (одноразовые пакеты желтого цвета)*** закре­пляют на специальных стойках (тележках).

После заполнения пакета примерно на 3/4 изнего удаляют воздух и сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразде­лении, осуществляет его герметизацию. Удаление воздуха и герметизация одноразового пакета про­изводятся в марлевой повязке и резиновых пер­чатках.

Органические отходы, образующиеся в опе­рационных, лабораториях, микробиологические культуры и штаммы, вакцины и опасный виру­сологический материал после дезинфекции со­бираются в одноразовую твердую герметическую упаковку.

Сбор острого инструментария (иглы, перья), прошедшего дезинфекцию, осуществляется отдель­но от других видов отходов в одноразовую твердую упаковку.

Транспортирование всех видов отходов класса Б вне пределов медицинского подразделения осуществляется только в одноразовой упаковке после ее герметизации.

В установленных местах загерметезированные одноразовые емкости (баки, пакеты) помещаются в межкорпусные контейнеры, предназначенные для сбора отходов класса Б.

Одноразовые емкости (пакеты, баки) с отходами класса Б ***маркируются надписью «Опасные отходы. Класс Б»*** ***с нанесением кода подразделения ЛПУ, названия учреждения, даты и фамилии ответствен­ного за сбор отходов лица.***

**Класс В — чрезвычайно опасные отходы:**

* материалы, контактирующие с больными особо опасными инфекциями;
* отходы из лабораторий, работающих с микроорганизмами 1 – 4-й групп патогенности;
* отходы фтизиатрических, микологических больниц;
* отходы от пациентов с анаэробной инфекцией.

***Отходы класса В образуются в следующих струк­турных подразделениях:***

* подразделения для пациентов с особо опас­ными и карантинными инфекциями;
* лаборатории работающие с микроорганизма­ми 1 – 2-й групп патогенности;
* фтизиатрические и микологические клиники (отделения).

***Все отходы, образующиеся в данных подразделе­ниях, подлежат дезинфекции в соответствии с дей­ствующими нормативными документами.***

Сбор отходов данного класса осуществляется в одноразовую упаковку. Мягкая упаковка (***одноразовые пакеты красного цвета)*** должна быть закреплена на специаль­ных стойках (тележках).

После заполнения пакета примерно на *3/4* из него удаляют воздух и сотрудник, ответственный за сбор отходов в данном медицинском подразделении, осуществляет его герметизацию с соблюдением тре­бований техники безопасности при работе с возбу­дителями 1 – 2-й групп патогенности.

Микробиологические культуры и штаммы, вак­цины должны собираться в одноразовую твердую герметичную упаковку.

Транспортирование всех видов отходов класса В вне пределов медицинского подразделения осу­ществляется только в одноразовой упаковке после ее герметизации.

В установленных местах загерметезированные одноразовые емкости (баки, пакеты) помещаются в межкорпусные контейнеры, предназначенные для сбора отходов класса В.

Одноразовые емкости (пакеты, баки) с отхода­ми класса В ***маркируются надписью «Чрезвычайно опасные отходы. Класс В» с нанесением кода под­разделения ЛПУ, названия учреждения, даты и фа­милии ответственного за сбор отходов лица.***

Одноразовые пакеты, используемые для сбора отходов классов Б и В, должны обеспечивать гер­метизацию и возможность безопасного сбора в них до 15 кг отходов. Отходы классов Б, В необходимо уничтожать на специальных установках по обезвреживанию от­ходов ЛПУ термическими методами.

В соответствии с требованиями статьи 24 Закона РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благо­получии» не допускается:

* пересыпать отходы классов Б и В из одной емкости в другую;
* устанавливать одноразовые и многоразовые емкости около электронагревательных при­боров;
* утрамбовывать любые отходы руками;
* осуществлять сбор отходов без перчаток.

**Класс Г — отходы, по своему составу близкие к промышленным:**

* просроченные лекарственные средства;
* отходы от лекарственных и диагностических препаратов;
* дезсредства, не подлежащие использованию, с истекшим сроком годности;
* цитостатики и другие химиопратраты;
* ртутьсодержащие предметы, приборы и обо­рудование.

***Отходы класса Г образуются в следующих струк­турных подразделениях (диагностические подразде­ления):***

* отделения химиотерапии;
* патологоанатомические отделения;
* фармацевтические цеха, аптеки, склады;
* химические лаборатории;
* административно-хозяйственные помещения.

Степень токсичности каждого вида отходов дан­ного класса определяется согласно классификатору токсичных промышленных отходов и методическим рекомендациям по определению класса токсичности промышленных отходов.

Использованные люминесцентные лампы, ртутьсодержащие приборы и оборудование собираются в закрытые герметичные емкости. После заполнения емкости герметизируются и хранятся в вспомогательных помещениях. Вывозятся спе­циализированными предприятиями на договорных условиях.

Сбор, хранение цитостатиков, относящихся к от­ходам 1 – 2-го классов токсичности, осуществляют в соответствии с классификатором токсичных про­мышленных отходов и другими действующими нор­мативными документами.

Отходы класса Г, относящиеся ко 2-му и 3-му клас­сам токсичности в соответствии с классификатором токсичных промышленных отходов, собираются и упаковываются в твердую упаковку, четвертого клас­са – в мягкую.

Хранение отходов класса Г производится в спе­циально отведенных для этой цели вспомогательных помещениях. Транспортирование, обезврежива­ние и захоронение отходов класса Г осуществляет­ся в соответствии с гигиеническими требованиями, предъявляемыми к порядку накопления, транспор­тирования, обезвреживания и захоронения токсич­ных промышленных отходов.

**Класс Д — радиоактивные отходы:**

* все виды отходов, содержащие радиоактив­ные компоненты.

***Отходы класса Д образуются в следующих струк­турных подразделениях:***

* диагностические лаборатории (отделения);
* радиоизотопные лаборатории и рентгенов­ские кабинеты.

Сбор, хранение, удаление отходов данного класса осуществляются в соответствии с требованиями пра­вил работы с радиоактивными веществами и другими источниками ионизирующих излучений, нормами радиационной безопасности, и других действующих нормативных документов, которые регламентируют обращение с радиоактивными веществами.

**Основные федеральные законы, нормативно-правовые акты, приказы, методичес­кие рекомендации и инструкции по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима ЛПУ**

**3.5.1. Дезинфекция**

3.5.1.1. Приказ Минздрава России «Об усиле­нии мероприятий по профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций» № 25 от 27.01.98 г.

3.5.1.2. Приказ Минздрава России «О совершен­ствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» № 345 от 26.11.97 г. Приложение № 1, введено в действие с 1.01.98 г. Инструкция по организации и проведению профилак­тических и противоэпидемических мероприятий в аку­шерских стационарах.

3.5.1.3. Приказ Минздрава России «О проведении ме­роприятий по профилактике чумы» № 350 от 2.12.97 г.

3.5.1.4. Приказ Минздрава России «О совершенство­вании мероприятий но профилактике заболевания людей бешенством» № 297 от 7.10.97 г.

3.5.1.5. Приказ Минздрава России «О мерах по сниже­нию заболеваемости корью и эпидемическим паротитом» №240 от 12.08.97 г.

3.5.1.6. Приказ Минздрава России «Об утверждении Методических указаний по очистке, дезинфекции и сте­рилизации эндоскопов и инструментов к ним, используе­мых в лечебно-профилактических учреждениях» № 184 от 16.06.97 г.

3.5.1.7. Приказ Минздрава России «О мерах по пред­упреждению распространения туберкулеза в Российской Федерации». № 116 от 15.04.97 г.

3.5.1.8. Приказ Минздрава России «О совершенство­вании мероприятий по профилактике дифтерии» № 36 от 3.02.97 г.

3.5.1.9. Приказ Минздравмедпрома России «О совер­шенствовании противотуберкулезной помощи населению России» № 324 от 22.11.95 г.

3.5.1.10. Инструкция по организации и проведе­нию противохолерных мероприятий, утв. Минздравмеднромом России и Госкомсанэпиднадзором России 9.06.95 г.

3.5.1.11. Методические указания по эпидемиологии, диагностике, клинике и профилактике болезни Лайма. Утв. Минздравом СССР № 10-11/64 от 17.06.91 г.

3.5.1.12. Приказ Минздрава СССР «О дальнейшем со­вершенствовании мероприятий по профилактике клеще­вого энцефалита» № 141 от 9.04.90 г.

3.5.1.13.Приказ Минздрава СССР «О мерах по даль­нейшему совершенствованию профилактики заболе­ваемости острыми кишечными инфекциями в стране» № 475 от 16.08.89 г. «Методические указания по органи­зации и проведению дезинфекционных мероприятий при острых кишечных инфекциях». Утв. Минздравом СССР 18.04.89 г.

3.5.1.14. Приказ Минздрава СССР «О мерах по сни­жению заболеваемости вирусными гепатитами в стране» №408 от 12.07.89 г.

3.5.1.15. Приказ Минздрава СССР «О мероприятиях по снижению заболеваемости брюшным тифом и парати-фами встране» № 139 от 2.03.89 г.

3.5.1.16. Методические рекомендации «Эпидемиоло­гия, клиника, лабораторная диагностика и меры профи­лактики псевдотуберкулеза человека». Утв. Минздравом СССР 18.07.88 г.

3.5.1.17. Приказ Минздрава СССР «О дальнейшем усилении и совершенствовании мероприятий по профи­лактике сыпного тифа и борьбе с педикулезом» № 320 от 5.03.87 г.

3.5.1.18. Методические указания по организации и проведению комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий в асептических отделениях (блоках) и палатах. Утв. Минздравом СССР № 28 6/15 от 30.04.86 г.

3.5.1.19. Приказ Минздрава СССР «О мерах по улуч­шению организации и повышению качества специализи­рованной медицинской помощи больным гнойными хи­рургическими заболеваниями» № 215 от 14.04.79 г.

3.5.1.20. Приказ Минздрава СССР «Об улучшении ме­дицинской помощи больным с гнойными хирургически­ми заболеваниями и усилении мероприятий по борьбе с внутрибольничной инфекцией» № 720 от 31.07.78 г.

3.5.1.21. Методические указания по эпидемиологии и профилактике геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС). Утв. Минздравом РСФСР 1977 г.

3.5.1.22. Инструкция по проведению противоэпиде­мических и профилактических мероприятий при орнитозе. Утв. Минздравом СССР 12.12.60 г.

 **Тема 2.3. ПРЕДСТЕРИЛИЗАЦИОННАЯ ОЧИСТКА ИНСТРУМЕНТОВ.**

**СТЕРИЛИЗАЦИЯ. ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ ЦСО.**

**Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения**

Предстерилизационную обработку изделий проводят после этапов очистки и обеззараживания в *центральном стерилизационном отделении (ЦСО)* или лечебном отделении ЛПУ.

Задача ЦСО — обеспечение лечебно-профилактического учреждения стерильными изделиями медицинского назначе­ния.

В ЦСО проводят предстерилизационную очистку и стери­лизацию.

ЦСО располагает набором помещений, которые делят на две зоны: нестерильную и стерильную.

Нестерильная зона включает набор помещений приема, разборки и предстерилизационной очистки изделий медназначения, а также санпропускник для персонала, работающе­го в стерильных подразделениях.

Стерильная зона включает: стерилизационную, склад для стерильных материалов, помещение для персонала стериль­ной зоны.

При планировании помещений предусмотрена двухпоточная система обработки: нестерильный и стерильный потоки изделий, что исключает перекрестное инфицирование стериль­ных материалов.

Рациональное использование высокоэффективного техно­логического оборудования ЦСО позволяет обеспечить каче­ственную современную стерилизацию в целях профилактики госпитальной инфекции.

Ответственность за организацию ЦСО, качество работы, расстановку кадров возложена на главного врача лечебно-про­филактического учреждения.

Цель предстерилизационной (биологической) очистки — удаление белковых, жировых, химических и механических загрязнений.

**Методика проведения предстерилизационной очистки**

|  |  |
| --- | --- |
| **Этапы проведения очистки** | **Порядок проведения** |
| 1. Погрузить инструмент в дезинфекционно-моюший раствор | Полное погружение в разобранном виде |
| 2. Провести механическую очистку в растворе | Машинным (автоматически) или ручным (ершами/ватно-марлевыми тампонами) способами |
| 3. Промыть под проточной водой | Освобождение от остатков дезинфектанта и моющих компонентов |
| 4. Ополоснуть дистиллированной водой | Осаждение солей, содержащихся в водопроводной воде |
| 5. Высушить горячим воздухом | В сушильных или сухожаровых шкафах при температуре 80-85 °С до полного испарения влаги |

**Растворы для дезинфекции изделий медицинского назначения, совмещенной с предстерилизационной очисткой в одном процессе**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наимено­вание препарата** | **Концентрация****рабочего****раствора, %** | **Замачива­ние, мин** | **Вид изделий** |
| Анолит | 0,05 | 30 | Изделия из стекла, рези­ны, пластмасс, коррозионностойких металлов |
| Велтолен | 2,51.05,0 | 60 | Изделия из металлов, стекла, резины, пласт­масс, эндоскопы, инст­рументы к ним |
| Бриллиант | 2,0 | 60 | Изделия медицинского назначения из металлов, не имеющих замковых частей, каналов, стома­тологические боры и зеркала |
| Самаровка | **3** | 60 | Изделия медицинского назначения из различ­ных материалов (вклю­чая стоматологические инструменты, эндо­скопы) |

После проведения предстерилизационной очистки необходимо провести контроль эффективности обработки.

Усовершенствование процесса предстерилизационной очистки изделий возможно за счет обработки изделий моющими или моющее-дезинфицируюшими средствами в сочетании с ультразвуком. Это позволяет сократить трудоемкость и повы­сить качество стерилизации мединструментов, а также обес­печить охрану здоровья медицинских работников.

**Основные преимущества ультразвуковых моек:**

**■** минимальное применение ручного труда;

■ снижение риска инфицирования;

■ существенное снижение трудоемкости:

■ улучшение качества очистки, в том числе труднодоступ­ных участков изделий;

■ сокращение времени обработки, особенно в больших объемах;

■ повышение экологической чистоты процессов;

■ щадящий режим воздействия, не допускающий повреж­дения инструмента.

**Предстерилизационная очистка изделий медицинского назначения**

*Приготовить:* инструмент для обработки, контейнер, лот­ки/сетки, салфетки, ватно-марлевые тампоны/щетки, пер­чатки.

*Последовательность действий:*

1. Надеть перчатки.

2. Заполнить контейнер моюще-дезинфицирующим ра­створом.

3. Разобрать и погрузить полностью ИМН, заполнив по­лости, закрыть крышкой.

4. Выдержать экспозиционное время.

5. Очистить изделие тканевыми салфетками, ватно-марлевыми тампонами или щетками от биологических остатков, сбросить в дезинфектант (механическая очистка).

6. Поместить инструменты на сетки или в лотки.

7. Промыть каждое изделие под проточной водой, про­пуская воду через полости.

8. Ополоснуть каждое изделие в дистиллированной воде.

9. Высушить в сухожаровом шкафу.

10. Снять перчатки, поместить в дезинфектант.

Изделия после проведения биологической очистки прове­ряют на эффективность обработки, а затем подвергают стери­лизации.

**Качество предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения**

1. Качество предстерилизационной очистки определяют пробами:

■ на остатки крови, дезинфектантов

**азопирамовая** — *универсальная;*

■на остатки моющего средства

**фенолфталеиновая.**

Самоконтроль в ЛПУ проводят:

■ в центральных стерилизационных отделениях — ежед­невно,

■ в лечебных отделениях — не реже одного раза в неделю.

2. Контролю подлежат: в ЦСО — 1% от каждого наимено­вания изделий, обработанных за смену, в отделениях — 1% одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее 3—5 единиц.

3. В случае положительной пробы (изменение цвета реак­тива) всю партию изделий подвергают повторной очистке. Результаты контроля документируют.

**Азопирамовая проба**

Компоненты азопирама: 10% амидопирин, 0,1 - 0,15% ра­створ солянокислого анилина, 95% этиловый спирт.

Готовый раствор хранят в плотно закрытом флаконе в тем­ноте при +4 °С (в холодильнике) 2 месяца; при комнатной тем­пературе — не более одного месяца.

Непосредственно перед постановкой пробы готовят рабо­чий раствор, смешивая равные объемные количества азопи­рама и 3% перекиси водорода. Рабочий раствор может быть использован в течение 1—2 часов.

Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют в слу­чае необходимости: 2—3 капли наносят на кровяное пятно.

**Контроль качества предстерилизационной очистки**

Цветная реакция

На остатки крови, хлорсодержащих, на полноту смыва СМС, ржавчину

**Азопирамовая проба**

Приготовление раствора (реактива) непосредственно перед пробой

½ часть азопирама +

 ½ часть 3% раствора перекиси водорода

Ввести 3 – 4 капли реактива в полость инструмента, через 0,5 – 1 мин. вытеснить реактив на салфетку

Смочить ватный тампон реактивом, I протереть инструмент или 2-3 капли реактива нанести на изделие

 или

 через 1 минуту

Тампон или капля реактива, нанесенная на марлевую салфетку, дают окрашивание немедленно или в течение 1 минуты. Окрашивание, наступившее позже, не учитывается

**Фиолетовый цвет, переходящий в**

буроватый

Розово-сиреневый

СМС, ржавчина, хлорсодержащие

кровь

***Индикация загрязнений***

Проба отрицательная — реактив не изменил цвет — предстерилизационная очистка проведена качественно.

Проба положительная — реактив изменил свой цвет на фиолетовый, переходящий в:

■ розово-сиреневый — наличие крови;

■ буроватый — наличие дезсредства.

**Фенолфталеиновая проба** — на остатки моющего средства Используют 1 % спиртовой раствор фенолфталеина. Раствор хранят в холодильнике в течение 1 месяца.

***Индикация загрязнений***

Проба отрицательная — реактив ***не изменил цвет*** — предстерилизационная очистка проведена качественно.

Проба положительная — реактив изменил свой цвет на ***ро­зово-малиновый*** в течение 1 минуты. *При положительной пробе проводят повторную предстерилизационную обработку всего ин­струмента, начиная с этапа промывания проточной водой.*

**Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)**

Стерилизация изделий медицинского назначения осу­ществляется в централизованных стерилизационных от­делениях ЛПУ. В лечебно-профилактических учреждени­ях России действует технология стерилизации «Чистый инструмент». Такие системы предусматривают организа­цию потоков «грязных» и стерильных изделий, что пол­ностью исключает возможность использования нестериль­ных изделий и обеспечивает полный контроль каждой еди­ницы в пределах больницы. Главное место в организации и работе этих потоков занимают ЦСО, которые позволя­ют значительно улучшить качество обеззараживания и стерилизации медицинского инструментария.

ЦСО имеет три зоны: «грязную», «чистую» и «стериль­ную». Все зоны отделены стенами. Поступление материа­лов, изделий осуществляется через шлюзы в одном на­правлении по принципу «от грязного к чистому, стериль­ному».

В «грязную» зону ЦСО поступает использованный ма­териал, в том числе и прошедший этап дезинфекции на рабочих местах согласно требованиям нормативных доку­ментов. Тележки, на которых доставляется этот материал, моются и дезинфицируются в специальной комнате ЦСО. Весь загрязненный материал принимается и сортируется, затем перемещается в комнаты для подготовки специаль­ных инструментов, мойки, дезинфекции и предстерилизационной очистки. Проводится контроль каждого этапа обработки изделий медицинского назначения, и изделия передаются в «чистую» зону. Хирургические перчатки после сортировки стираются и упаковываются вместе с тест-индикаторами процесса стерилизации. Все инстру­менты в «чистой» зоне проходят технический контроль изделий и упаковку в: биксы (стерилизационные короб­ки), бязевые упаковки, современные упаковочные матери­алы с размещением в контрольные точки тер­мовременных индикаторов процесса стерилизации 4-го класса. Укладка белья, склад чистых изделий проводится в «чистой» зоне. Пройдя технический конт­роль, упакованное белье и изделия автоклавируются и пе­ремещаются через шлюз на стерильный склад, откуда про­изводится выдача готовой стерильной продукции или ее складирование в пределах сроков стерилизации.

Невостребованные стерильные материалы возвращают­ся на склад чистых изделий.

**Условия, обеспечивающие стерильность медицинских изделий в ЦСО**

Основными условиями, обеспечивающими стерильность медицинских изделий в ЦСО, являются:

1.Зонирование технологического процесса и наличие разграничительных стен в отделении.

2. Транспортные потоки не пересекаются, исключается риск повторной контаминации стерильных медицин­ских изделий.

3.Использование технических средств на операциях предстерилизационной (с применением современного моечного и дезинфекционного оборудования, в том числе оборудования проходного типа) и стерилиза­ции (использование проходных форвакуумных па­ровых стерилизаторов с автоматическим микропро­цессорным управлением, наличием свободно программируемых режимов стерилизации и т.п.), обеспечи­вает 100%стерильность.

4.Стерилизационная камера и основные узлы изготов­лены из высоколегированной нержавеющей во избе­жание коррозии в процессе эксплуатации стали. Сте­рилизаторы должны отвечать требованиям ГОСТ Р 51935-2002.

5. Профессиональная подготовка обслуживающего пер­сонала должна соответствовать требованиям к эксп­луатации используемого оборудования.

6. Использование современных средств контроля каче­ства каждого этапа обработки и процесса стерили­зации.

7.Обеспечение соответствующего санитарного режима на выполняемых технологических операциях и в со­ответствующих зонах ЦСО.

**Виды и методы стерилизации**

Изделия медицинского назначения после этапа предстери­лизационной очистки подвергают стерилизации в лечебном отделении или ЦСО.

**Стерилизация** *(sterilis* — лат. обеспложивание) обеспечи­вает гибель на стерилизуемых изделиях вегетативных и споро­вых форм патогенных и непатогенных организмов.

Стерилизации должны подвергать все изделия, сопри­касающиеся с раневой поверхностью, контактирующие с кровью или инъекционными препаратами, а также меди­цинские инструменты, которые в процессе эксплуатации со­прикасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее по­вреждение.

**Методы и виды стерилизации:**

1. *Физический метод* (паровой, воздушный, гласперленовый, радиационный).

*2. Химический метод* (газовый, растворы стерилянтов).

 **Стерилизация изделий медицинского назначения**

Контроль

Виды

Методы

Биологический

паровой

Физический (термический)

Физический

воздушный

Химический

гласперленовый

Радиационный

Химический

газовый

использование

растворов

химических

препаратов

*Выбор метода стерилизации зависит от многих факторов:*

■ материалов, из которых состоит изделие;

■ конструктивного исполнения изделий;

■ необходимости длительного сохранения стерильности;

■ оперативности использования.

В практике работы лечебных учреждений наиболее широ­кое распространение получил *термический метод* стерилиза­ции с использованием насыщенного пара и сухого горячего воздуха (паровой и воздушный стерилизаторы).

Преимущества термического метода стерилизации: надеж­ность, удобство и оперативность работы персонала, возмож­ность использования разных видов упаковок с целью удлине­ния сроков сохранения стерильности изделий, отсутствие необходимости удаления остатков химических средств с изделий при использовании стерилянтов.

**Физическая стерилизация**

**Воздушный метод стерилизации**

Воздушную стерилизацию осуществляют сухим горячим воздухом. Обработку проводят в воздушных стерилизаторах — сухожаровых шкафах. Стерилизуют изделия из металла и стек­ла: хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов.

Стерилизации подвергают сухие изделия в упаковках или в открытом виде на лотках/сетках.

В ЦСО изделия обрабатывают только в упаковочных мате­риалах, в лечебных подразделениях допустимо использование мини-сухожаровых шкафов для стерилизации без упаковки. Разъемные изделия стерилизуют в разобранном виде.

Загрузку и выгрузку из воздушных стерилизаторов прово­дят при температуре в камере 40-50оС.

**Стерилизация воздушным методом**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование объектов** | **Режим стерилизации** | **Химический контроль** | **Приме­няемое оборудова­ние** |
| **температура,****°С** | **время выдержки,****мин.** |
| Изделия из металла, термо­стойкого стекла и силиконовой термостойкой резины (основной) | 180 | 60 | Термоиндика­торные ленты ИС-180 | Воздушный стерилиза­тор — сухожаровый шкаф |
| Изделия из силиконовой резины, деталей некоторых аппаратов и приборов (щадящий) | 160 | 150 | Термоиндика­торные ленты ИС-180 | Воздушный стерилиза­тор — сухожаровый шкаф |

Термоиндикаторные ленты предназначены для контроля критических параметров обработки изделий. На каждом ин­дикаторе нанесен эталон конечного цвета индикаторной мет­ки, который она приобретает при соблюдении режимов сте­рилизации.

По окончании стерилизации цвет индикаторного слоя дол­жен соответствовать прилагаемому эталону или темнее. Свет­лый тон индикатора указывает на неэффективность обработки изделий.

**Паровой метод стерилизации**

Паровой метод стерилизации (автоклавирование) предпо­лагает использование водяного насыщенного пара под избы­точным давлением. Стерилизацию осуществляют в паровых стерилизаторах — автоклавах.

Качество стерилизации определяют упаковочный материал и загрузка автоклава для свободного прохождения пара. Основная функция упаковки — защита стерильного матери­ала от повторного обсеменения микроорганизмами (реконтаминации). Стерильный материал и стерильная упаков­ка не должны рассматриваться отдельно друг от друга. Без соответствующей упаковки стерильный материал бес­полезен, так как нестерилен. Изделия, простерилизованные без упаковки, должны быть использованы непосред­ственно после стерилизации. Стерилизация сухим теплом или влажным материалом в упаковке позволяет сохра­нить стерильность изделий. Стерилизационные упаковоч­ные материалы должны быть легко проницаемы для соот­ветствующих стерилизующих агентов, в закрытом виде непроницаемы для микроорганизмов и сохранять целост­ность после стерилизации соответствующим методом.

Для упаковки используются многоразовые стерилиза­ционные коробки (биксы), различные крафт-пакеты, со­временные упаковочные материалы.

Изделия для стерилизации помещают в стерилизационные коробки (биксы) или в специальные контейнеры.

**Виды стерилизационных коробок**

1. Коробка стерилизационная (КФ) — корпус имеет отверстия, расположенные на крышке и дни­ще. Изнутри эти отверстия закры­ты бактериальными фильтрами. Фильтры обеспечивают стериль­ность изделий в течение 20 суток при условии ежемесячной замены.



2. Коробка стерилизаци­онная (КС) — корпус имеет боковые отверстия, через которые свободно проходит пар внутрь бикса. Эти от­верстия открывают и закры­вают перемещением специ­ального металлического по­яса на корпусе коробки.



Изделия перед закладкой в коробку помешают в специаль­ный упаковочный материал (рулоны, пакеты, бумага).

**Знайте!** Новые стерилизационные коробки подлежат обя­зательной первичной химической обработке изнутри и снару­жи дезинфектантом, на котором работает лечебно-профилак­тическое учреждение (например самаровка, анолит, брилли­ант, люмакс-хлор).

**Материал для упаковки медицинских изделий перед стерилизацией**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вид упако­вочного ма­териала** | **Метод стери­лизации, для которого он предназначен** | **Способ запечаты­вания** | **Срок сохранения стерильности** |
| Пакеты термосвариваемые комбини­рованные (бу­мага + пленка) плоские типа ПТП | Паровая, газо­вая (этиленоксидная), радиа­ционная | Клейкой лентой (с индика­тором или без), термо­сваривание | 20 суток — при запечатывании клейкой лентой; 1 год — при тер­мосваривании; 3 года — при ра­диационной |
| Полиамидные термосвариваемые руло­ны типа РТП | Воздушная (сухожаровая) | Клейкой лентой (с индикато­ром или без), термосваривание | 20 суток — при запечатывании клейкой лентой; 1 год — при тер­мосваривании |
| Пакеты бу­мажные (пло­ские или со складкой) | Паровая и воздушная | Клейкой лентой (с индикато­ром или без) | 20 суток — при запечатыванииклейкой лентой |
| Крафт-пакеты | Паровая и воздушная | Самоклеющиеся и несамоклеящиеся | 3 суток — неса­моклеящиеся; 20 суток — само­клеящиеся |
| Материалнетканый термосвариваемый (полотнотермоскрепленное) | Паровая, воз­душная, газо­вая (этиленоксидиая) | В 2 слоя с последую­щим термо­свариванием или клейкой лентой (с индикатором или без) | 4 недели — при запечатыва­нии в 2 слоя |

Стерилизационные упаковки разных размеров обеспечива­ют защиту простерилизованных изделий от реинфекции.

**Запрещается** использовать медицинское изделие из упаков­ки, если:

■ истек срок хранения изделий, принятый для данного вида упаковок;

■ отсутствует информация о дате стерилизации и конеч­ном сроке хранения;

■ нарушена целостность упаковки;

■ химический индикатор не изменил свой цвет;

■ упаковка находится во влажном состоянии.

В стационарах используют два режима стерилизации:

**основной режим** — для изделий из коррозионностойкого металла (инструмент), стекла (лабораторная посуда), изделий из текстильных материалов (хирургическое белье, перевязоч­ный материал);

**щадящий режим** — для изделий из резины (медицинские клеенки), латекса (хирургические перчатки) и полимерных материалов (воронки, грушевидные баллончики).

**Стерилизация паровым методом - автоклавированием**

**(водяной насыщенный пар под избыточным давлением)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование объектов** | **Режимы** | **Химический контроль** |
| **давле­ние пара, атм.** | **тем­пера­тура, °С** | **время, мин.** |
| Основной режим — изделия из металла, стекла, текстильных материалов | 2,0 | 132 | 20 | ИС-132 (тер­моиндикатор­ная лента) |
| Щадящий режим — изделия из резины, латекса и полимер­ных материалов | 1,1 | 120 | 45 | ИС-120 (тер­моиндикатор­ная лента) |
| 3-ий режим | 2,0 | 134 | 5 |  |

Сроки сохранения стерильности изделий зависят от вида коробки в условиях герметичности:

■ КС — 3 суток (72 часа);

■ КФ — до 20 суток при условии ежемесячной смены фильтра.

**Гласперленовый метод стерилизации**

Стерилизуют цельнометаллические стоматологические, косметологические инструменты, погружая их в среду стек­лянных шариков, нагретых до 190-250 °С. Время обработки указано в инструкции по эксплуатации конкретного стерили­затора.

**Химическая стерилизация**

**Стерилизация растворами химических препаратов**

Изделия медицинского назначения из термолабильных ма­териалов подвергают стерилизации в химических растворах с целью сохранности. Конструкция этих изделий исключает физические методы стерилизации. Для изделий часто исполь­зуют стерилянты комнатной температуры, поэтому способ иногда называют «холодным». При этом необходим хороший доступ стерилизующего средства и промывной жидкости ко всем стерилизуемым поверхностям изделия. Стерилянт — хи­мическое вещество различного происхождения и состава, вы­зывающее гибель всех видов микроорганизмов, в том числе бактерий и грибов.

Стерилизацию проводят при полном погружении сухих из­делий в раствор, разъемных — в разобранном виде. Каналы и полости заполняют раствором.

После стерилизации все манипуляции проводят в условиях строгой асептики. Изделия извлекают из раствора стериль­ными пинцетами, удаляют раствор из каналов и полостей. А затем промывают стерильной жидкостью и высушивают сте­рильными салфетками. Изделия используют сразу по назна­чению или помещают на хранение в стерильный контейнер.

Стерилизация эндохирургического инструментария имеет свои особенности. Эндоскопы сконструированы с примене­нием металла, стекла и оптического стекла; изделия дорогие и требуют бережного обращения. Альтернативу физической стерилизации составляет химическая — с применением совре­менных средств.

**Стерилизация химическими растворами**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Препарат** | **Режим стерилизации** | **Вид изделий, рекомендуемых к стерилизации данным методом** | **Условия проведения стерилизации** |
| **Температура оС** | **Концентрация рабочего раствора, %** | **Экспозиция, мин.** |
| Перикись водорода | 1850 | 6,06,0 | 360180 | Изделия из полимерных материалов (пластмассы, резины), стекла, коррозионностойких материалов | Полное погружение изделий в раствор (с заполнением каналов и полостей) на время стерилизационной выдержки |
| Глутарал,Глутарал-Н | 21 | Применяются без разведения | 240 | Инструменты из металла |
| 600 | Изделия из полимерных материалов (пластмассы, резины), стекла, металлов, в том числе эндоскопы и инструменты к ним |
| Лизоформин - 3000 | 40 – 50  | 8  | 60 | Изделия медицинского назначения (включая эндоскопы) |
| Анолит | Не менее 18 | 0,02 – 0,05 | 15 – 30  | Изделия из полимерных материалов (пластмассы, резины), стекла, металлов, в том числе эндоскопы и инструменты к ним |

**Стерилизация эндохирургического инструментария**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование препарата** | **Срок использования препарата после разведения** | **Предварительный этап** | **Экспозиция 40 – 50оС** | **Завершающий этап** |
| НУ – Сайдекс 0,35% | 24 ч | Отмыть от дезинфицирующего агента, обессолить, подсушить | 10 мин | Промыть в стерильной воде двукратно в 2-х ёмкостях, выложить в стерильную емкость |
| Лизафин – 3000, 8% | однократно | То же | 60 | То же |

**ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СТЕРИЛЬНОСТИ**

■ К стерильному предмету прикасайтесь только другим сте­рильным предметом, чтобы избежать реконтаминации.

■ Держите стерильные предметы всегда на уровне выше пояса.

■ Считайте предмет загрязненным, если вы не уверены в его стерильности.

■ Пограничную зону вокруг стерильного поля шириной око­ло 2,5 см считают потенциально инфицированной.

■ Не допускайте увлажнения салфеток над стерильной по­верхностью; влага — входные ворота для микрофлоры.

■ Контакт стерильного и нестерильного предметов исклю­чает работу в стерильном пространстве.

**Промышленные виды стерилизации – газовая и радиационная**

Стерилизация позволяет обрабатывать термолабильные из­делия одноразового применения, шовный материал, опти­ческие системы, лекарственные препараты.

**Обязательные условия сохранения стерильности** одноразо­вых изделий медицинского назначения:

■ целостность упаковки;

■ срок годности.

**Газовый метод стерилизации**

Для низкотемпературной стерилизации используют этилен-оксид. Газовую стерилизацию применяют для большинства изделий медицинского назначения, чувствительных квоздей­ствию температурного фактора и влаги: имплантируемых из­делий, включая искусственные водители ритма, изделий из полимерных материалов (катетеры, шприцы, капельные сис­темы), оптические системы. Такая стерилизация безопасна для персонала и окружающей среды, экономически и эколо­гически оправданна.

**Радиационный метод стерилизации**

Радиационное излучение применяют для термолабильных (полимерных) материалов, биологических (вакцин, сыворо­ток) и лекарственных препаратов. Стерилизующим агентом являются *у* (гамма)- и β(бета)-лучи.

**Контроль качества стерилизации**

Контроль позволяет улучшить качество стерилизации в ЛПУ. За качеством стерилизации в лечебных учреждениях ведут трой­ной контроль: технический, бактериологический и химичес­кий.

**Технический контроль** проводят сотрудники ЦСО путем наблюдения за показаниями приборов.

**Бактериологический контроль** — самый точный и достовер­ный по оценке тест-культур.

**Химический контроль** — облегчает визуализацию процесса стерилизации, применяется для соблюдения критических па­раметров обработки.

**Тема 3.1ОРГАНИЗАЦИЯ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И ПЕРСОНАЛА.**

**Лечебно-охранительный режим ЛПУ**

**Факторы агрессии больничной среды**

Стационарные условия — специфически обусловленная сре­да пребывания находящихся в ней людей: пациентов и мед­персонала. В процессе оказания профилактической, лечеб­ной или реабилитационной помощи факторы больничной сре­ды могут негативно влиять на здоровье человека и усугубить патологический процесс у пациентов, у медперсонала вы­звать профессиональные заболевания. Именно здесь (в боль­нице!) — истоки всевозможных неблагоприятных воздействий на здоровье людей.

Факторы агрессии больничной среды

психологический

физический

токсический

инфекционный

*Инфекционный фактор —* микробный; только постинъек­ционные осложнения составляют 42% ВБИ. Больничная сре­да может способствовать заражению гриппом, ВИЧ-инфек­цией, гепатитами, туберкулезом, сальмонеллезом.

*Токсический фактор —* химический; контактные дерматиты и аллергические состояния возможны, прежде всего, при использовании кожных антисептиков, дезинфектантов, стерилянтов, медикаментозных средств.

*Физический фактор —* травмирующий. Профессионализм медиков по соблюдению техники безопасности при исполь­зовании источников радиационного, ультрафиолетового воз­действия, правил биомеханики по перемещению пациентов, оборудования, приборов обеспечит безопасную больничную среду.

*Психологический фактор* — эмоциональный, стрессорный; грамотно выполняя свою работу, медики эмоционально под­держивают и пациента, и его родственников, выполняя свой долг в атмосфере, зачастую наполненной болью, печалью, страданиями, горем.

**Устройство и функции стационара**

Пациент из приемного отделения поступает в лечебное по профилю заболевания.

**Профильность лечебных отделений:**

***общего******назначения:***

■ терапевтические (пациенты с патологией различных орга­нов и систем, например, легких,

 печени, почек, сердца);

■ хирургические (торакальное — хирургия органов груд­ной клетки; абдоминальное —

 хирургия органов брюш­ной полости; челюстно-лицевое — хирургия полости рта);

 ***специализированные*** — предназначены для пациентов с па­тологией одной системы организма человека (пульмонология, гепатология, нефрология, кардиология, гинекология, аллер­гология).

**Функции лечебного отделения:**

1. Оказание экстренной медицинской помощи.

2. Диагностика заболеваний.

3. Лечение заболеваний.

4. Реабилитация.

**Структура лечебного отделения**

**ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ**

Кабинет старшей медсестры

Диагностический кабинет (рентген, ЭКГ, УЗИ)

**вспомогательные**

**сестринские**

Кабинет заведующего отделением

**врачебные**

Столовая, буфетная

Сестринская

Манипуляционная

(клизменная)

Ординаторская

Сестринский пост

Санузел

Процедурный кабинет

Бельевая

ПАЛАТЫ

№

№

№

№

№

№

№

№

№

№

Одна из функций сестринского персонала стационарного отделения — оформление медицинской документации.

сестринский пост

процедурный кабинет

Журнал учета внутривенных, внутримышечных, подкожных инъекций

Журнал учета переливания крови и кровезаменителей

Журнал учета расходования спирта

Журнал учета взятия крови для биохимических исследований

Журнал учета взятия крови на RW

Журнал учета взятия крови на ВИЧ

Журнал учета генеральной уборки

Журнал учета работы бактери­цидной лампы

Бланки направлений на анализы

Журнал регистрации посту­пивших и выбывших больных

Журнал движения больных

Журнал передачи дежурств

Журнал учета наркотических и сильнодействующих препаратов

Журнал передачи ключей от сейфа

Журнал осмотра на педикулез

Листы назначений

Температурные листы

Порционное требование

Бланки направлений на анализы и консультации

*Устройство сестринского поста:* стол, стул, шкаф для хра­нения лекарственных средств, шкаф для хранения предметов ухода, холодильник, передвижной столик, средства комму­никации.

*Устройство процедурного кабинета:* манипуляционные сто­лики, рабочий стол, письменный стол, стул, стойки для инфузий, кушетка, холодильник, шкаф для лекарственных пре­паратов, сейф, бактерицидная лампа.

**Лечебно-охранительный режим отделения**

Обеспечение безопасной больничной среды — обязатель­ное условие для медперсонала с целью создания комфорта пре­бывания пациента в стационаре. Эффект лечения пациентов обусловлен лечебно-охранительным режимом отделения, что позволяет регулировать физические нагрузки, лечебное пита­ние, полноценный сон и отдых, оказать благотворное и по­зитивное воздействие на психику.

Лечебно-охранительный режим любого отделения — комп­лекс профилактических и лечебных мероприятий, направлен­ных на обеспечение максимального физического и психичес­кого покоя пациентов и медицинского персонала.

 Элементы лечебно-охранительного режима госпитального отделения

Целесообразная Психологический Распорядок

физическая комфорт пациента дня лечебного отд. активность

**Целесообразность физической активности**

Подвижность (мобильность) — способность пациента пе­ремещаться в пространстве. При уходе за пациентом сестра обеспечивает безопасность пациента путем эффективного ис­пользования мышечной силы, координации движений, мас­сы тела.

**Виды режимов двигательной активности**

Режим физической активности пациенту назначает врач в зависимости от тяжести заболевания.

**Строгий постельный** — назначают в период начала тяжелых острых состояний (острый инфаркт миокарда, сотрясение моз­га) — пациенту не разрешают самостоятельные перемещения в постели. Все основные потребности человека нарушены, сестра проводит независимые и зависимые мероприятия па­циенту в целях профилактики потенциальных проблем.

**Постельный** — разрешают ограниченную физическую актив­ность: повороты, сидеть в постели, рядом с кроватью, про­водить лечебную гимнастику самостоятельно или с помощью специалиста. Пациент испытывает ограничения в осуществ­лении удовлетворения своих потребностей. Медсестра побуждает пациента к самостоятельности и помогает ему в меропри­ятиях по уходу за собой.

**Полупостельный** — разрешают сидеть на кровати, стуле, проводить утренний туалет с помощью сестры или родствен­ников. Пациент испытывает относительный дефицит само­ухода.

**Палатный** — разрешают перемещения в пределах палаты, уход осуществляет самостоятельно в пределах палаты.

**Общий** — позволяют свободное перемещение в пределах лечебного отделения, прогулки по территории ЛПУ, полный самоуход.

Наблюдение за соблюдением режима двигательной активности пациентом — обязанность медсестры. Нарушение режима может повлечь неблагоприятные последствия для паци­ента — падение, расхождение швов в послеоперационном пе­риоде. Поэтому пациент должен четко соблюдать двигатель­ную активность, прописанную лечащим врачом, особенно при постельном и строгом постельном режимах.

Назначенный врачом режим двигательной активности *фи­зиологичен для пациента,* если обеспечивает:

* уменьшение боли;
* эффективность дренирования;
* борьбу с тканевой гипоксией;
* снижение отеков конечностей;
* профилактику мышечной гипотрофии и контрактур.

Обездвиженность пациента ведет к нарушению функцио­нирования всех органов и систем организма.

**Иммобильность пациента может привести:**

**■** к уменьшению экскурсии легких при акте дыхания;

■ к образованию пролежней;

■ к скоплению мочи, образованию камней в почках и ин­фицированию;

■ к запорам;

■ к бессоннице;

■ к депрессии.

**Потенциальные проблемы пациента с ограниченной двигательной активностью**

Дыхательные расстройст­ва - застойные процессы в легких

Риск появления про­лежней, опрелостей

Нарушения сна:

- трудность засы­пания;

- прерывистый сон:

- бессонница

Нарушения коммуни­кации:

- трудность общения;

- дефицит общения;

- нежелание общаться

Дисфункция моторики ки­шечника:

- метеоризм;

- диарея;

- запор

Нарушение безо­пасности:

- риск и страх па­дения;

- возможность инфицирования;

- риск инвалидизации

Психологические трудности:

- тревога по поводу

…состояния здоро­вья, учебы, родите­лей;

- паника … за будущее семьи, исход заболе­вания, результаты ис­следования;

- страх ... боли, опера­ции, смерти

Дефицит самоухо­да:

- невозможность

мероприятий личной гигиены;

- затруднения при смене белья

Расстройство питания:

- снижение аппетита;

- повышение аппетита;

- изменение вкусовых пристрастий (паттерны питания)

Сестринские процедуры направлены на восстановление оптимальной подвижности и предупреждение некоторых по­следствий и/или осложнений.

Сестринские вмешательства, увеличивающие подвижность пациента:

* регулярное изменение положения пациента в постели;
* расширение диапазона движений за счет дозированных упражнений лечебной физкультуры под контролем ин­структора;
* перемещение, перенос, транспортировка в кресле-ка­талке, каталке.

**Положения пациента в постели**

В зависимости от общего состояния пациент занимает раз­личные положения в постели.

***Активное***— свободное и произвольное перемещение в по­стели — пациент самостоятельно поворачивается, сидит, вста­ет, обслуживает себя. Может произвольно менять свое поло­жение, хотя и испытывает при этом болезненные или непри­ятные ощущения. Такое положение характерно для пациен­тов с легким течением заболевания.

***Пассивное***— пациент не может самостоятельно повернуть­ся, изменить положение вследствие сильной слабости при высокой интоксикации, кровотечении, в постоперационном периоде. Часто такие пациенты пребывают в тяжелом или бессознательном состоянии.

***Вынужденное***— пациент принимает позу для облегчения или улучшения своего состояния в зависимости от особеннос­тей заболевания:

* при боли в животе, связанной с воспалением брюши­ны, пациент избегает любого прикосновения к живо­ту, сгибает ноги;
* при коликах в животе, связанных с поражением орга­нов брюшной полости, пациент беспокоен, мечется в постели или скован;
* при наличии воспалительной жидкости в полости плев­ры (плеврите) — лежит на больном боку для уменьше­ния боли, облегчения экскурсии здорового легкого;
* в случае приступа удушья при бронхиальной астме — си­дит в постели, упираясь руками в кровать (облегчение дыхания, включение вспомогательных грудных мышц).

Сидячее или полусидячее положение в постели пациент принимает для уменьшения одышки — ***ортопноэ***— указывает на застой в малом круге кровообращения (миокардит, инфаркт миокарда, пороки сердца).

Натуживание на высоте вдоха вызывает нарушения сердеч­ного ритма и коронарного кровотока — эффект Вальсальвы.

Резкое изменение положения тела в пространстве может вызвать постуральный рефлекс у человека — появление голо­вокружения, шума в ушах, сердцебиения, иногда потерю со­знания.

**Психологический комфорт пациента**

Медицинская сестра всегда должна помнить главный прин­цип биоэтики, сформулированный еще во времена Гиппок­рата, — «не навреди». Госпитальная среда и сама болезнь — стрессорные факторы, ведущие к напряжению всех функцио­нальных систем организма. Под влиянием болезни гармония личности страдает. Самочувствие пациента изменяет его пси­хологическое состояние, привычные желания и стремления теряют свою ценность и значимость.

Болезнь меняет человека: отношение к самому себе, близ­ким, родственникам, окружающему миру, обществу. Пси­хологические страдания тяжелобольного человека зачастую притупляют физические.

Медсестра должна воспринимать каждого человека как лич­ность независимо от тяжести состояния и социального ста­туса.

**Рекомендации сестре в общении с пациентом:**

1. поддерживать и поощрять стремление к выздоровлению в сложившейся клиничес­кой ситуации
2. быть терпеливой и корректной при выполнении интимных процедур
3. принимать во внимание уровень личностной зрелости
4. разговаривать на понятном ему языке
5. соблюдать принцип инфор­мированного согласия: объяснять значимость лечебной процедуры, нацелить на позитивные результаты
6. помочь пациенту стать деятельным участником лечеб­ного процесса

**Распорядок дня лечебного отделения**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Время** | **Действия** | **Сестринские вмешательства** |
| 7.00 | Подъём | Включает свет в палатах, приветст­вует пациентов |
| 7.05 – 7.30 | Термометрия | Раздает термометры, регистрирует полученные данные |
| 7.30 – 8.00 | Личная гигиена | Проводит утренний туалет, приче­сывает, придает пациентам необхо­димое положение, собирает биоло­гический материал с диагностиче­ской целью |
| 8.00 – 8.30 | Раздача лекарств | Раздает лекарства пациентам, кон­тролирует индивидуальный приём |
| 8.30 – 9.00 | Завтрак | Кормит тяжелобольных пациентов |
| 9.00 – 10.00 | Врачебный об­ход | Участвует во врачебном обходе, записывает назначения |
| 10.00 – 13.00 | Выполнение врачебных на­значений | Транспортирует пациентов в диаг­ностические кабинеты, на консуль­тации и процедуры; оформляет ме­дицинскую документацию |
| 13.00 – 13.30 | Раздача лекарств | Раздает лекарства пациентам, кон­тролирует индивидуальный приём |
| 13.30 – 14.30 | Обед | Кормит тяжелобольных пациентов |
| 14.30 – 16.00 | Отдых | Проветривает палаты, контролирует соблюдение лечебно-охранитель­ного режима в палатах и отделении |
| 16.30 – 17.00 | Термометрия | Раздаёт термометры, регистрирует полученные данные |
| 17.00 – 18.00 | Досуг; встреча с родственниками, прогулки, хобби | Следит за порядком в отделении, контролирует продуктовые передачи родственниками, оформляет доку­ментацию |
| 18.00 – 18.30 | Раздача лекарств | Раздает лекарства пациентам, кон­тролирует индивидуальный приём |
| 18.30 – 19.30 | Ужин | Кормит тяжелобольных пациентов |
| 20.30 – 21.30 | Выполнение врачебных на­значений | Выполняет вечерние назначения, готовит пациентов к диагностиче­ским процедурам следующего дня |
| 21.30 – 22.00 | Личная гигиена | Проводит вечерний туалет, готовит постель, проветривает палаты |
| 22.00 | Подготовка ко сну | Выключает свет, укрывает пациен­тов, обеспечивает тишину и порядок в палатах и отделении |

**Биомеханика тела пациента и сестры**

**Профессиональная безопасность**

Безопасность сестры на рабочем месте обеспечит комфорт в работе, снижение риска повреждений опорно-двигательного аппарата (профилактику остеохондроза, остеопороза, болез­ней связок, суставов), опущение внутренних органов.

Остеопороз как причина инвалидности населения занима­ет 4-е место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний, рака и сахарного диабета.

***Остеопороз***(от греч. *osteon —* кость и *poros —* пора, отвер­стие) — системное заболевание организма с поражением кос­тей скелета. Сопровождается снижением плотности и проч­ности костей, уменьшением массы костной ткани, что при­водит к их хрупкости.

***Факторы риска***развития остеопороза;

* принадлежность к женскому полу — снижение женских половых гормонов в период менопаузы ведет к потере до 25% костной массы;
* гиподинамия;
* эндокринная патология;
* обменные расстройства при заболеваниях желудочно-кишечного тракта;
* игнорирование принципов ЗОЖ: курение, злоупотребле­ние алкоголем и кофе.

Работа медсестры связана с физическими перегрузками на позвоночник, это повышает риск компрессии тел позвонков и провоцирует болевой синдром в спине.

Потеря костной матрицы и минералов происходит нерав­номерно в различных отделах скелета, что ведет к нарушению некоторых функций органов и систем.

Заболевание клинически долгое время протекает бессимп­томно, уровень кальция в крови чаще остается нормальным за счет вымывания его из костной ткани. Прогрессирование ос­теопороза вызывает боль, характерные переломы, деформа­ции позвонков, развитие асептического некроза головок бед­ренных костей.

**Локализация повреждений при остеопорозе:**

* перелом шейки бедра — при падении, нарушении меха­ники тела;
* копрессионный перелом позвоночника — после паде­ния на спину или поднятия тяжести;
* перелом лучевой кости — при падении на вытянутую руку.

**Профилактика остеопороза:**

* отказ от вредных привычек,
* интересные занятия физической культурой,
* восполнение кальция с продуктами питания.

**Знайте! Всасывание и переработка кальция в организме происходят только при наличии витамина D.**

*Остеохондроз* (от греч. *osteon —* кость и *chondros* — хрящ) — дистрофический процесс в костной и хрящевой ткани.

Остеохондроз позвоночника — хроническое заболевание, обусловлено дистрофией и истончением межпозвонковых дисков.

Специфика сестринской профессии — нагрузки и перегруз­ки на опорно-двигательный аппарат в течение рабочего дня, связанные:

* с транспортировкой пациентов;
* с перемещением тяжелобольных в постели;
* с поднятием/передвижением аппаратуры и оборудования.

Межпозвоночные диски теряют способность к выполнению

функции амортизации, внешняя оболочка диска растрески­вается. В дальнейшем формируются костные разрастания, которые сдавливают кровеносные сосуды или корешки спин­ного мозга. Заболевание сопровождают болевые ощущения и рефлекторные напряжения мышц спины.

Локализация остеохондроза позвоночника

распростра­ненный —12%

пояснич­ный— 50%

грудной — 13%

шейный — 25%

Величина физической нагрузки зависит от положения тела.

**Биомеханика — наука, изучающая правила механического движения тела в пространстве и живых системах.**

Медсестра должна применять правила биомеханики в сво­ей работе по обучению пациентов и его родственников для эффективного удовлетворения потребности двигаться и избе­гать опасности травм, падений, повреждений.

**Правила биомеханики:**

1. Равновесие тела обеспечивает центр тяжести тела к пло­щади опоры (стопы расставлены на ширине плеч, одна нога выдвинута вперед).

Риск паления возможен при смещении центра тяжести от­носительно площади опоры.

1. Соблюдение правильной осанки сохраняет равновесие тела и снижает нагрузку на позвоночник.

***В положении стоя***— давление между позвонками возраста­ет внижней части поясничного отдела в4 раза относительно позиции лежа.

**Профессиональные рекомендации (разгрузка поясничного отдела позвоночника):**

1. Располагать ноги на ширине плеч.
2. Равномерно распределять массу тела на обе ноги.
3. Снимать физическое напряжение, перемещая центр тяжести с одной ноги на другую.
4. Поддерживать правильную осанку (обеспечение физи­ологических изгибов позвоночного столба): встать прямо, пле­чи и бедра в одной плоскости, спина прямая, напрячь мышцы живота и ягодиц.
5. При повороте — вначале повернуть стопы, затем туло­вище (не начинать поворот с поясницы).

***В положении сидя*** *— значительно* возрастает давлениемеж­ду позвонками, если сестра сидит, наклонившись вперед,опираясь на руки.

**Профессиональные рекомендации (перераспределение массы тела, уменьшение нагрузки на позвоночник):**

1. Держать колени выше бедер.
2. Спина прямая («королевская осанка»), мышцы живота напряжены.
3. Плечи расправлены, симметричны бедрам.
4. При повороте — повернуться всем туловищем, а не толь­ко грудью и плечами.

***При выборе стула***необходимо соблюдать следующие условия:

* спинка стула располагается под углом 3—5° по отноше­нию к сиденью;
* уровень верхней планки спинки расположен под лопат­ками;
* 2/3 бедра расположены на сиденье;
* колени находятся выше уровня бедер;
* ноги достают до пола, стопы свободны, при необходи­мости использовать подставку.

Мягкая мебель может вызывать напряжение мышц позво­ночника, поэтому рабочее пространство сестры обеспечивают эргономичным оборудованием.

**Эргономика** — наука о взаимосвязи людей и окружающей среды в целях безопасного труда.

***При поднятии тяжести***необходимо соблюдать следующее

1. Располагать ноги на ширине плеч.
2. Сгибать ноги в коленях.
3. Держать спину прямо.
4. При повороте сначала поднять груз, затем плавно повернуться, не сгибая туловище.
5. Не делать резких движений.
6. Использовать эргономические приспособления.

**Безопасность пациента**

**Безопасность пациента** — правильное размещение в посте­ли,перемещение и транспортировка.

**Опасность травматизма для пациента**

|  |  |
| --- | --- |
| **Факторы риска****♦** возраст (старше 65 лет)♦ нарушения зрения♦ расстройство походки♦ дезориентирование, спутанность сознания♦ медикаментозное лечение (транквилизаторы, седативные, снотворные препараты) | **Профилактика падения****♦** функциональная кровать с боковыми заграждениями и тормозом♦ средства связи с медсестрой♦ ночное освещение♦ своевременность выполнения гигиенических процедур♦ помощь при перемещении |

***Функциональная кровать***необходима для создания комфор­тного, при необходимости вынужденного положения, удоб­ства перемещения и передвижения пациента.

Необходимое или вынужденное положение в постели обес­печивает наличие двух или трех подвижных секций, ручек в головном и ножном концах кровати.

Мобильность транспортировки обеспечивают бесшумные колесики, безопасность — ручка тормоза и боковые поручни кровати. Некоторые модели кроватей имеют специально вмонтированные прикроватные столики, штативы для капельниц, подставки для суден и мочеприемников. Дополнительные функции в модели кровати позволяют облегчить состояние пациента и уход за ним.

Перед перемещением или переносом с кровати на каталку и наоборот сестра определяет способность пациента к самосто­ятельным действиям и выбирает безопасный метод транспор­тировки, оценивает объем сестринских вмешательств.

**Факторы риска для сестринского персонала в ЛПУ**

Далеко не каждое лечебно-профилактическое учреждение может похвастаться безопасной больничной средой — идеально сформированной больничной средой, не причиняющей вреда всем участникам лечебного процесса. Сотни тысяч работников здравоохранения заняты во вредных и неблагоприятных условиях труда.

Медсестры, как известно, бойцы переднего фронта и входят в непосредственный контакт с неблагоприятными физическими факторами, такими как биологические жидкости, дезсредства и т.п., а кроме того они находятся в неблагоприятных психологических условиях.

Среди ***факторов, составляющих угрозу безопасности и здоровью медицинских сестер в ЛПУ*** особенно хочется выделить следующие:

* опасность инфицирования при работе с биологическими жидкостями;
* опасность поражения химическими реагентами (дезинфицирующие средства, лекарственные препараты, отходы анестезирующих газов);
* опасность подвержения облучению (рентгеновские аппараты, отходы изотопов, радиоактивные выделения пациентов после их изотопного исследования (моча, фекалии, рвотные массы);
* угроза насилия;
* стресс в результате воздействия неблагоприятной психологической обстановки.

Основными **мерами предосторожности при работе с биологическими жидкостями** является обязательное использование спецодежды и средств индивидуальной защиты (респиратор, резиновые перчатки, герметичные очки, непромокаемые фартуки). Все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем.

**Общими правилами безопасности при работе с химическими средствами** (дезинфицирующие средства, лекарственные препараты) также является обязательное использование спецодежды и перчаток; приготовление рабочих растворов дезинфицирующих средств необходимо производить в помещениях с приточно-вытяжной вентиляцией, в маске или респираторе, если дезинфектант раздражает дыхательные пути. Химические препараты, попавшие на кожу, нужно немедленно смыть проточной водой, а при попадании на одежду - сменить ее до того как химические вещества пропитают ткань и попадут на кожу.

От применения дезинфектантов, сенсибилизирующих веществ (антибиотики), необходимости частого мытья рук и длительной работы в перчатках могут возникать профессинальные дерматиты. Профилактикой профессиональных дерматитов является применение средств защиты от дезинфектантов и сенсибилизирующего действия антибиотиков. При чувствительности кожи к резиновым перчаткам нужно надевать латексные перчатки или перчатки из полихлорвинила (ПВХ) с подкладкой из хлопка. Работать с порошками нужно в хлопчатобумажных перчатках, с химическими жидкостями - в резиновых или из ПХВ. Защитные и увлажняющие кремы могут восстановить природный жировой слой кожи.

**Меры предосторожности при работе с газообразными наркотическими веществами:**

* при даче наркоза по полуоткрытому и полузакрытому контурам отходы анестезирующих газов должны отводиться за пределы операционной (на улицу);
* беременные врачи и медицинские сестры должны освобождаться от участия в даче наркоза газообразными наркотическими веществами и уходе за больными, перенесшими наркоз с использованием указанных препаратов;
* все процедуры, по уходу за пациентами, перенесшими наркоз газообразными наркотическими веществами, должны выполняться максимально быстро, не наклоняясь близко к лицу больного. Больной, перенесший операцию под наркозом газообразными наркотическими веществами является источником загрязнения ими палаты, т.к. выдыхает анестезирующие газы в течение 10 дней.

**Меры по защите медработника от облучения в ЛПУ**

* как можно дальше находиться от источника облучения, особенно если в палате производятся рентгенограммы передвижным рентгеновским аппаратом;
* в рентгеновском кабинете при участии в обследовании больного пользоваться средствами защиты (свинцовый фартук, передвижной экран);
* беременые не должны участвовать в обследованиях больных с использованием лучевой диагностики /ангиография, ретроградная холангиография и пр.;
* беременные должны освобождаться от ухода за пациентами, получающими внутриполостную лучевую терапию.

Но угрозу здоровью и безопасности в ЛПУ несут не только физические факторы. Часто люди в больницах находятся под влиянием стресса, во власти негативных эмоций, вызванных как собственным болезненным состоянием так и агрессивной окружающей обстановкой, в которую они попали. Даже спокойные от природы люди могут потерять контроль над собой в наших больницах с их фантастической организацией, бесконечными очередями и вечной путаницей с медицинскими картами, не говоря уже о психологически неуравновешенных личностях. Такие люди могут нести прямую угрозу безопасности окружающим, в том числе медперсоналу ЛПУ.

**Медицинские осмотры (обследования) работников занятых на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами**

Медицинские осмотры (обследования) работников занятых на вредных работах и на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами проводят по приказам № 83 от 16.08.2004 и № 90 от 14.03.1996. Различают 3 вида медицинских осмотров (обследований):
**Предварительные** **медицинские осмотры** проводятся при поступлении работника на работу. Целью предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу является определение соответствия состояния здоровья работников поручаемой им работе.
**Периодические медицинские осмотры** проводятся в течение трудовой деятельности. Частота проведения периодических медицинских осмотров (обследований) определяется территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека совместно с работодателем, исходя из конкретной санитарно-гигиенической и эпидемиологической ситуации, но не реже, чем один раз в два года. а для лиц в возрасте до 21 года — ежегодно (ст. 213 ТК РФ) и носят профилактический характер. Целью их проведения является:
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников, своевременное выявление начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов на состояние здоровья работников, формирование групп риска;
- выявление общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных и (или) опасных производственных факторов;
- своевременное проведение профилактических и реабилитационных мероприятий

направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников.
Для контроля состояния здоровья работников работодатель может при желании проводить ежегодные обследования не только для тех категорий работников, для которых подобные медосмотры обязательны, но и для всех работающих у него сотрудников. При этом следует учитывать, что для остальных категорий работников прохождение таких медосмотров не будет носить обязательный характер.
**Внеочередные (досрочные) медицинские осмотры** проводятся в соответствии с медицинским заключением или по заключению территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека с обязательным обоснованием в направлении причины досрочного (внеочередного) осмотра (обследования) (ст.213 Трудового кодекса РФ).
Таким образом, процедура предварительных и периодических медосмотров позволяет работодателю не допускать к выполнению работ работников, имеющих медицинские противопоказания по состоянию здоровья для данного вида работ и проводить динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников в условиях воздействия вредных производственных факторов, чтобы избежать возникновения профзаболеваний по вине работодателя.

**УЧАСТИЕ В САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ**

Санитарное просвещение — раздел профилактической деятельности органов и учреждений здравоохранения, направленный на гигиеническое обучение и воспитание населения с целью его привлечения к активному участию в охране здоровья.
Санитарное просвещение — обязательный раздел деятельности каждого лечебно-профилактического учреждения, профессиональная обязанность каждого медицинского работника. Это естественно, поскольку роль личностного (поведенческого) фактора велика в предупреждении заболеваний, в раннем обращении за медицинской помощью. Этот фактор влияет на сроки выздоровления, эффективность долечивания и восстановления трудоспособности и на предупреждение обострении заболеваний.
**Санитарное просвещение** как научная отрасль опирается на опыт не только медицинских дисциплин, но и социологии, психологии, педагогики. В практике **санитарного просвещения** используются все доступные каналы информации: устное слово, печать, радио, кино, телевидение, народные университеты, «школы» здоровья и т.п.
Санитарно-просветительская работа среди населения осуществляется по программам, разработанным Госкомсанэпиднадзором РФ и территориальными ЦГСЭН.
Контроль за эффективностью санитарного просвещения осуществляется территориальными ЦГСЭН в соответствии с действующими инструктивно-методическими документами.
 **Организация санитарно-просветительской работы**

  В настоящее время положения о лечебно-профилактических учреждениях всех типов (поликлинике, амбулатории, больнице и т. д.) предусматривают работу по санитарно-гигиеническому воспитанию населения. Тем не менее анализ практического осуществления санитарно-просветительной работы в этих учреждениях показывает, что нередко на местах к ее проведению подходят формально и часто допускаются методические ошибки, основными причинами которых являются:

- недооценка врачами действенности этого раздела профилактической работы, в силу чего они не уделяют этой работе должного внимания;

- отсутствие знаний об организации и методических подходах к этой работе, что приводит к нарушению основного принципа санитарного просвещения (дифференцированности и целенаправленности пропаганды), а среди форм санитарного просвещения преобладают чтение лекций и выпуск санитарно-просветительных бюллетеней.

Кроме того, недостаточно внимания уделяется групповым и индивидуальным формам работы.

Санитарно-просветительная работа в лечебно-профилактическом учреждении представляет собой комплекс дифференцированных, целенаправленных санитарно-просветительных мероприятий, предусматривающих гигиеническое воспитание различных контингентов населения и органически связанных с деятельностью лечебно-профилактических учреждений. Санитарно-просветительная работа проводится в соответствии с местными условиями и задачами, стоящими перед различными типами лечебно-профилактических учреждений.

Общее руководство и контроль за организацией и проведением санитарно-просветительной работы осуществляет главный врач лечебно-профилактического учреждения, который должен обеспечивать активную работу врачей и средних медицинских работников по санитарно-гигиеническому воспитанию населения как в стенах самого лечебно-профилактического учреждения, так и на обслуживаемой территории.

Главный врач лечебно-профилактического учреждения работает в тесном контакте с местным домом санитарного просвещения, откуда получает методическую помощь и материалы.

Каждый медицинский работник, помимо проведения индивидуальных бесед с больными и их родственниками в процессе оказания лечебно-профилактической помощи, обязан ежемесячно 4 часа своего рабочего времени затрачивать на проведение групповых и массовых форм санитарно-просветительной работы.

В санитарно-просветительной работе выделяют 3 основных звена: санитарное просвещение в поликлинике, стационаре и на участке.

**Санитарное просвещение в работе амбулаторно-поликлинических учреждений**

  Усиление профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, расширение масштабов профилактических осмотров и диспансерного наблюдения, постепенный переход к диспансеризации всего населения оказывают влияние на организацию и формы проведения санитарно-просветительной работы.

В современных условиях выделяют 2 основных аспекта санитарно-просветительной работы в амбулаторно-поликлинических учреждениях:

- санитарное просвещение по привлечению населения на медицинские профилактические работы;

- санитарное просвещение диспансеризуемых контингентов в условиях динамического наблюдения за ними .

Успех профилактических осмотров в значительной степени зависит от отношения к ним населения и готовности в них участвовать. Для привлечения населения на медицинские профилактические осмотры применяют аккордное санитарно-просветительное воздействие, т. е. ударную, кратковременную, массированную информацию о целях, задачах и практической значимости диспансеризации. Это обеспечивается:

- агитационно-информационным санитарно-просветительным воздействием;

- наглядными средствами (плакаты, лозунги и т. д.), экспонируемыми по месту жительства населения и непосредственно в самой поликлинике;

- разъяснением и убеждением с помощью печатной информации (листовки-приглашения, тематические памятки);

- чтением лекций, разъясняющих существо диспансерного метода обслуживания населения;

- демонстрацией тематических санитарно-просветительных кинофильмов.

Цель данной работы — выработать у населения обслуживаемой территории адекватное отношение к профилактическим мероприятиям и готовность активно в них участвовать.

Применение методики аккордного санитарно-просветительного воздействия в ряде поликлиник с целью привлечения населения на профилактические осмотры повысило на 40% участие в них населения.

Дальнейшая санитарно-просветительная работа с населением проводится дифференцированно среди здоровых, лиц с повышенным риском возникновения заболевания и больных (острыми и хроническими заболеваниями).

Гигиеническое воспитание здоровых имеет целью сохранение и укрепление их здоровья. Программа медико-гигиенической информации для них предусматривает пропаганду здорового образа жизни: гигиенические советы относительно труда, отдыха, питания, занятий физкультурой и спортом, борьбы с вредными привычками и т. д.

Методика работы с этим контингентом населения включает проведение врачом индивидуальной беседы и выдачу тематической памятки, которая содержит ряд практических советов, направленных на сохранение и укрепление здоровья. В этой работе используются различные памятки о здоровом образе жизни, издаваемые ЦНИИ медицинских проблем пропаганды здорового образа жизни, местными домами санитарного просвещения, а также тематические брошюры, издаваемые обществом «Знание».

В современных условиях профилактической работы особую важность приобретает гигиеническое воспитание групп людей, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний. Среди преморбидных состояний наиболее прогностически опасны такие, как тенденция к избыточному весу, предгипертония, гиперхолестеринемия, предиабет и т. д. В основе многих из них лежат нарушения гигиенических норм поведения: гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем, нерациональной питание, неправильный режим.

Санитарное просвещение лиц, находящихся под угрозой болезни, включает вопросы первичной профилактики заболевания, возможность развития или начальные признаки которого имеются и направлены на коррекцию их гигиенического поведения. Здесь приходится перевоспитывать человека, воздействовать на уже сложившиеся привычки поведения и поэтому санитарно-просветительная работа должна строиться таким образом, чтобы была возможность прямого, повторного общения, в процессе которого реципиент мог взять на себя определенные обязательства по изменению своего гигиенического поведения, а медицинский работник — контролировать выполнение этих обязательств.

Методика санитарно-просветительной работы с указанными контингентами включает индивидуальную беседу врача, подкрепленную вручением памятки (буклета), содержащей конкретные советы, направленные на устранение имеющихся неблагоприятных для здоровья факторов, а также проведение групповой беседы-дискуссии (группы подбирают из лиц, имеющих одни и те же нарушения или подверженных влиянию одинаковых факторов риска). К проведению групповых занятий, помимо терапевтов привлекают узких специалистов поликлиники: диетолога, врача (инструктор) ЛФК, психотерапевта

Участие психотерапевта в гигиеническом воспитании имеет особое значение, поскольку у этих групп населения требуется создать психологическую установку на необходимость коррекции гигиенического поведения и мобилизовать их волевые усилия.

Санитарное просвещение больных имеет целью выработать у них навыки адекватного, правильного гигиенического поведения, способствующего скорейшему выздоровлению или облегчению течения заболевания. От этого в большой степени зависят успех лечения и ускорение выздоровления.

Методика гигиенического воспитания больных дифференцируется по 2 направлениям: санитарное просвещение больных с острыми и хроническими заболеваниями.

Многие хронические заболевания являются следствием недостаточно вылеченных острых, поэтому адекватное гигиеническое поведение больного с острым заболеванием является важным условием предупреждения развития хронических процессов. Программа гигиенической информации должна включать обязательный минимум сведений по лечению и рациональному режиму жизни в период болезни и реконвалесценции.

На выполнение больными лечебно-профилактических мероприятий немалое влияние оказывают члены их семьи. Санитарно-просветительная работа с родственниками больных и лицами, непосредственно ухаживающими за больными в домашней обстановке, имеет целью создать благоприятный психологический климат в семье, способствовать строгому выполнению назначений и предписаний врача и обеспечивать грамотный уход за больным. Методика работы с этим контингентом предусматривает индивидуальную беседу врача (при необходимости) и выдачу тематической памятки с рекомендациями по уходу за больным. Кроме того, они знакомятся с гигиеническими предписаниями, сделанными в адрес больного.

Санитарное просвещение людей, страдающих хроническими заболеваниями, осуществляется по методике курса очно-заочного обучения. Этот курс включает:

- индивидуальную беседу, в процессе которой больной получает необходимые гигиенические рекомендации;

- групповую беседу с участием врачей-специалистов, во время которой больной получает дополнительную медико-гигиеническую информацию, дающую возможность лучше понять советы врача, осознать необходимость следовать им. Групповую беседу лучше проводить в виде дискуссии, в процессе которой повышается познавательная активность реципиентов. Это способствует закреплению полученных знаний, выработке необходимых убеждений;

- выдачу «Книжки диспансеризуемого», которая является основным элементом заочного обучения и где отмечают сроки явки на очередной профилактический прием. Больной получает ее вместе с соответствующей заболеванию памяткой-вкладышем.

«Книжка диспансеризуемого» дает возможность больному регистрировать отдельные параметры своего гигиенического поведения, что способствует закреплению в его сознании полученных гигиенических рекомендаций, врачу - контролировать их выполнение пациентом.

В условиях диспансеризации эта форма санитарно-просветительной работы применяется также при гигиеническом воспитании лиц, имеющих повышенный риск возникновения заболеваний.

**Санитарное просвещение в стационаре**

  Цель санитарно-просветительной работы в больнице — повысить эффективность лечебных и профилактических мероприятий привитием больному необходимых гигиенических навыков.

Санитарное просвещение в стационаре дает информацию:

- о правильном гигиеническом поведении во время пребывания в больнице, особенно после выписки для предупреждения прогрессирования заболевания, т. е. служит целям вторичной профилактики заболеваний. При этом важно учитывать потребность больного получить максимум

информации о своем заболевании и состоянии;

- дополнительную медико-гигиеническую по общегигиеническим вопросам в связи с тем, что у больного человека отмечается повышенный интерес к медицинским вопросам, а в стационаре имеются все условия и время для получения необходимой информации.

В соответствии с информативными задачами санитарно-просветительная работа осуществляется на всех этапах пребывания больного в стационаре:

- в приемном отделении - индивидуальная беседа, с вручением памятки, содержащей сведения о внутрибольничном распорядке, о гигиенических требованиях к поведению больных;

- в палате - индивидуальная или групповая беседа;

- в холлах больничных отделении - групповая беседа с больными, дискуссия в соответствии с нозологической формой заболевания с использованием тематических наглядных пособий — лекционных диапозитивов, лекторских папок и др. С успехом применяется слайдоскоп с набором широкоформатных слайдов, иллюстрирующих основные медицинские сведения и гигиенические рекомендации, сообщаемые больным;

- при выписке - индивидуальная беседа с вручением памятки, содержащей гигиенические рекомендации, выполнение которых строго необходимо для успешной реабилитации и в целях профилактики рецидивов заболевания.

В программу гигиенического воспитания больных с хроническими заболеваниями (в стационаре и поликлинике) обязательно должны включаться вопросы оказания доврачебной самопомощи при обострении заболевания. Больной должен быть ориентирован в отношении начальных признаков рецидива заболевания с тем, чтобы он мог вовремя прибегнуть к самопомощи и своевременно обратиться к врачу. Это прежде всего относится к больным, страдающим гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой и некоторыми другими заболеваниями.

Данные литературы свидетельствуют о том, что 50% случаев необоснованных обращений за скорой медицинской помощью составляют вызовы к больным хроническими заболеваниями, которые переоценивают тяжесть своего состояния, не умеют обеспечить самопомощь и нарушают предписанное врачом лечение.

Целенаправленное гигиеническое воспитание больных хроническими заболеваниями способствует снижению числа необоснованных обращений за скорой медицинской помощью.

Санитарное просвещение родственников и близких больного включает:

- индивидуальную беседу в приемном отделении и выдачу листовки-памятки с основными требованиями и рекомендациями в адрес лиц, посещающих больного;

- индивидуальные беседы лечащего врача в холле для посетителей и самовоздействие средствами санитарно-просветительного оформления этого помещения. Санитарно-просветительное оформление поликлиники и стационара является дополнительным, но важным источником информации. Оно должно быть выполнено с учетом требований эстетики интерьера и необходимости стилевого единства и базироваться на принципе: формы стационарные, экспозиции сменные. В санитарно-просветительном оформлении поликлиники целесообразно учитывать типовое размещение отделений и кабинетов поликлиники, которое содержит:

- справочно-информационные материалы;

- гигиеническую информацию общего характера — пропаганда здорового образа жизни, важность профилактических осмотров, сезонная информация (профилактика гриппа, острых желудочно-кишечных заболеваний и т. д.);

- целевую информацию – профилактика хронических заболеваний (располагается в соответствии с кабинетом специалистов).

Эта программа информации доводится до реципиентов с помощью отдельных форм и средств оформления. Для настенного оформления используют светящиеся плоскости (короба) с широкоформатными цветными слайдами и несветящиеся (стенды), экспозиции плакатов и тематических выставок, а для настольного оформления — альбомы, картотеки, настольные турникеты.

В стационаре должно предусматриваться санитарно-просветительное оформление приемного отделения, лечебных отделений и холлов для посетителей. В приемном отделении и холлах для посетителей должен экспонироваться информационно-справочный материал, касающийся правил внутреннего распорядка для больных и посетителей. Помимо этого, в этих же холлах необходимо иметь материалы, освещающие роль членов семьи больного в создании его адекватной психологической установки на стационарное лечение и последующее выполнение врачебных назначений в условиях дома.

При отборе форм и средств санитарно-просветительного оформления лечебных отделений важно учитывать то обстоятельство, что больные в них находятся длительный срок. Поэтому настенные экспозиции здесь практически неприемлемы, они могут даже вызывать отрицательный эффект. Целесообразно использовать настольное оформление: альбомы, турникеты, картотеки, которые представляют собой тематическую подборку иллюстраций с текстом.

**Санитарное просвещение на обслуживаемой территории**

  Участково-территориальный принцип здравоохранения позволяет проводить широкую санитарно-просветительную работу на объектах обслуживаемой поликлиникой территории, в первую очередь на врачебном участке.

Эта работа складывается из санитарного просвещения:

- больных и их родственников при посещениях на дому, формы и средства санитарно-просветительной работы аналогичны гигиеническому воспитанию больных с острыми заболеваниями);

- всего населения обслуживаемой территории (информация населения о профилактических и оздоровительных мероприятиях, проводимых поликлиникой, и гигиеническое воспитание населения, направленное на привитие навыков здорового образа жизни).

Несомненно, значительный объем санитарно-просветительной информации население обслуживаемой территории получает через радио, кино, телевидение, прессу.

Именно в жилом квартале должна быть сконцентрирована значительная часть профилактической, в том числе санитарно-просветительной, работы. Широко используются по месту жительства традиционные формы массовой и групповой санитарно-просветительной работы: лекции, профилактические приемы, вечера вопросов и ответов и тематические. Врачи лечебно-профилактических учреждений принимают участие в народных университетах здоровья.

Для надлежащего проведения санитарно-просветительной работы с населением лечебно-профилактическое учреждение должно иметь необходимое санитарно-просветительное оборудование и набор санитарно-просветительных средств.

В целях методической подготовки медицинских работников поликлиники по вопросам гигиенического воспитания населения и оказания им организационной помощи в ее осуществлении в отделениях профилактики поликлиник создается кабинет пропаганды здорового образа жизни. Основными задачами кабинета являются:

- организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на санитарно-гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни;

- оказание организационной помощи врачам поликлиники в проведении санитарно-просветительных мероприятий;

- комплектование материалов для пропаганды и методических;

- методическая помощь среднему медицинскому персоналу и санитарному активу в проведении санитарно-просветительной работы с населением.

В задачи кабинета пропаганды здорового образа жизни входит осуществление связи с местным домом санитарного просвещения с целью проведения работы по повышению квалификации сотрудников поликлиники и гигиеническому воспитанию населения.

Дом санитарного просвещения обеспечивает лечебно-профилактическое учреждение необходимыми инструктивными методическими и наглядными материалами и по возможности материалами для работы с населением. К созданию материалов для населения должны привлекаться сотрудники лечебно-профилактических учреждений. Несомненно, что только их совместная работа со специалистами службы санитарного просвещения может обеспечить должный объем и высокое качество гигиенического воспитания населения в лечебно-профилактических учреждениях.

**Санитарное просвещение по вопросам охраны здоровья матери и ребенка**

  Система гигиенического воспитания населения в акушерско-гинекологических и детских лечебно-профилактических учреждениях строится с учетом специфики работы этих учреждений. Санитарное просвещение направлено на формирование у населения гигиенических навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития ребенка и охраны его здоровья (при этом особое внимание должно обращаться на оздоровление организма девочки); для охраны генеративной функции мужчины и женщины и оздоровления их организма еще до наступления беременности и охраны здоровья беременных и матерей. Санитарное просвещение должно способствовать принятию супругами грамотных с медицинской точки зрения решений в отношении деторождения.

Гигиеническое воспитание женщин проводится дифференцирование среди лиц репродуктивного возраста и старшей возрастной группы, подразделяясь в каждой из них на работу с тремя подгруппами: здоровые лица; составляющие «группы риска»; больные гинекологическими заболеваниями.

В группе женщин репродуктивного возраста программа информации включает пропаганду здорового образа жизни и материнства; планирование семьи и медико-генетические знания в целях предупреждения врожденных и наследственных заболеваний; профилактику гинекологических заболеваний и предупреждение не планируемой беременности; разъяснение вреда аборта для организма женщины, важности регулярного посещения гинеколога и необходимости ранней явки к врачу при наступлении беременности.

Санитарно-просветительная работа осуществляется в виде индивидуальных и групповых бесед с использованием наглядных средств пропаганды. В целях закрепления полученной информации выдается печатная продукция (листовки, памятки, буклеты), с которой женщина может ознакомить членов семьи, в первую очередь мужа.

Дифференцирование должна вестись работа с женщинами, обратившимися к акушеру-гинекологу с целью прерывания беременности. При отсутствии показаний для прерывания беременности необходимо проводить активную работу не только с женщиной, но и с мужем по предупреждению аборта, используя при этом всевозможные формы работы и средства пропаганды.

К работе по пропаганде материнства и отцовства, помимо акушеров-гинекологов, привлекаются юристы. Программа санитарно-просветительной работы с женщинами, имеющими факторы риска, дополняется гигиеническими рекомендациями, направленными на коррекцию гигиенического поведения женщины или устранение влияния неблагоприятного фактора. Кроме того, освещаются вопросы планирования семьи с учетом специфики экстра генитального заболевания женщины и объясняется важность оздоровления организма женщины до наступления беременности.

В программу гигиенического воспитания больных гинекологическими заболеваниями дополнительно вводят рекомендации, направленные на формирование гигиенического поведения и навыков, способствующих скорейшему выздоровлению и препятствующих возникновению рецидивов заболевания. В зависимости от специфики гинекологического заболевания осуществляется противораковая пропаганда.

Программа гигиенической информации женщин старших возрастных групп должна содержать анатомо-физиологические особенности женщины в периоды климакса и менопаузы; вопросы гигиены женщины в эти периоды жизни; гигиенические рекомендации по профилактике гинекологических и онкологических заболеваний.

Гигиеническое воспитание беременных и родильниц направлено на формирование у них адекватного гигиенического поведения и навыков, необходимых для благоприятного течения и исхода беременности и родов, послеродового периода, создания оптимальных условий вскармливания и ухода за новорожденным. Оно проводится в течение всей беременности (с момента взятия на учет) и послеродового периода в форме индивидуальных бесед и занятий в школе материнства. Занятия организуются дифференцирование в зависимости от сроков беременности (I, II, III триместры беременности и послеродовой период) и включают вопросы, касающиеся анатомо-физиологических особенностей организма женщины и плода в различные сроки и гигиены женщины в этот период (включая правила личной гигиены, двигательного режима, диеты, гигиену половой жизни и т. д.); значения регулярного посещения врача для благополучного течения и исхода беременности; физиологии родов и психопрофилактической подготовки к ним (с 32—34 нед. беременности); подготовки организма женщины к лактации и грудному вскармливанию; правильной организации условий жизни новорожденного дома.

В целях закрепления полученных знаний женщина должна получить в личное пользование печатный материал, содержащий гигиенические рекомендации, который лучше представлять в виде серии из 4 памяток (соответственно триместрам беременности и послеродовому периоду).

Гигиеническое воспитание женщин, имеющих повышенный риск неблагоприятного течения и исхода беременности и родов («группы риска»), осуществляется дифференцированно в зависимости от фактора риска, специфики экстрагенитального заболевания. Женщина должна получить специальные гигиенические рекомендации по вопросам режима жизни, гигиены, диеты, двигательного режима, необходимости выполнения всех врачебных назначений в целях охраны своего здоровья и здоровья будущего ребенка.

В работе с этим контингентом женщин преимущество следует отдавать индивидуальным формам пропаганды (индивидуальная беседа с вручением специальной серии памяток).

В задачи акушерско-гинекологических учреждений входит санитарно-просветительная работа и с членами семьи женщины, в первую очередь с мужем, от гигиенического поведения которого в значительной степени зависит здоровье женщины и новорожденного. Муж должен быть ознакомлен с такими важными вопросами, как вред аборта для организма женщины и влияние его на последующее деторождение; гигиена половой жизни; охрана здоровья беременной и женщины-матери; создание условий жизни женщины для оптимальной лактации; уход за новорожденным.

Санитарно-просветительная работа в детских лечебно-профилактических учреждениях проводится среди родителей, других членов семьи, педагогов и воспитателей детских дошкольных учреждений и школ, других групп населения, осуществляющих уход за ребенком. В перечень ее основных задач входит:

- распространение среди населения гигиенических знаний по охране здоровья детей;

- привитие гигиенических навыков, необходимых для создания оптимальных условий развития детей и формирования у них поведения, соответствующего здоровому образу жизни;

- формирование готовности населения к участию в профилактических осмотрах детей, своевременному обращению за медицинской помощью и выполнению врачебных назначений.

В основе гигиенического воспитания населения по вопросам охраны здоровья детей лежит преемственность в деятельности женских и детских

лечебно-профилактических учреждений. В программе школ материнства женских консультаций предусмотрено занятие педиатра, на котором женщины получают необходимые сведения по рациональному вскармливанию и уходу за новорожденным.

Углубление гигиенических знаний, полученных женщиной, и гигиеническое воспитание семьи в целом происходят во время патронажных наблюдений на дому, которые осуществляют врач и медицинская сестра детской поликлиники как в период беременности, так и в первые дни после выписки женщины из родильного дома.

Система гигиенического обучения семьи предусматривает последовательное изложение необходимых сведений динамического наблюдения за состоянием здоровья ребенка (в сроки, предусмотренные диспансеризацией). При этом индивидуальную беседу врача следует дополнять выдачей памятки, содержащей гигиенические сведения относительно анатомо-физиологических особенностей организма ребенка в данный возрастной период и возрастные гигиенические рекомендации по уходу, вскармливанию, режиму жизни, двигательной активности, закаливанию организма ребенка. Программа санитарно-просветительной информации должна также освещать роль регулярных профилактических осмотров в охране здоровья ребенка, необходимость выполнения всех врачебных назначений, в том числе строгого соблюдения сроков вакцинации.

**Гигиеническое воспитание семей**, имеющих детей с повышенным риском возникновения заболеваний и больных, осуществляется аналогично работе с этими контингентами в условиях поликлиник и стационаров для взрослых.

**Санитарное просвещение в войсках** является составной частью деятельности медицинской службы Вооруженных Сил СССР и проводится в тесном контакте с политико-воспитательной и культурно-массовой работой. Оно направлено на усвоение военнослужащими знаний и выработку у них навыков по предупреждению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья, а также на закрепление знаний и навыков, полученных в ходе военно-медицинской подготовки.

**Санитарное просвещение в школе** — распространение среди учащихся, их родителей и персонала школы сведений из области школьной гигиены, физиологии, эпидемиологии, педиатрии. Осуществляется школьным врачом совместно с учителями. Примерная тематика бесед по санитарному просвещению: «Организация режима дня», «Закаливание организма», «Правильный уход за одеждой и помещением», «Значение профилактических прививок». Вместе с врачом администрация школы и учителя организуют общешкольные и классные санитарные посты и школьно-санитарную дружину.

**Санитарное просвещение во вспомогательной школе** имеет некоторую специфику, определяемую контингентом учащихся и осуществляется на основе знания и соблюдения требований специальной дидактики — олигофренопедагогики.

Безадресное санитарное просвещение, проводимое без обратной связи, с нарушением этических правил, без учета характеристик адресата (реципиента) может приводить к негативным последствиям.

***Задания для самостоятельной работы***

**Вариант 1**.

Теоретические вопросы:

1. 1.Основные вехи истории сестринского дела. Основоположники сестринского дела. Участие А. Дюнана в создании Международной организации помощи жертвам войны. Российское общество Красного Креста. Развитие сестринского дела в первые годы советской власти. Создание системы среднего специального медицинского образования. Основные направлениями события в процессереформирования сестринского дела в РФ на современном этапе.
2. Сестринский процесс – метод организации оказания сестринской помощи. Эффективность и качество сестринского ухода. Особенности сестринского процесса в разных возрастных группах.
3. Масштаб проблемы ВБИ, струк­тура ВБИ. Способы передачи инфекции в меди­цинском учреждении. Факторы, влияющие на восприимчи­вость хозяина к инфекции. Группы риска ВБИ: пациенты хирур­гических, урологических, реанима­ционных отделений и т.д. Резервуары возбудителей ВБИ: руки персонала, инструментарий, обору­дование, лекарственные средства и т.д. Санитарно-противоэпидемический режим различных помещений меди­цинского учреждения.

Творческое задание:

Создание буклета и презентации на тему: «Иерархия потребностей человека по А. Маслоу. »

**Вариант 2.**

Теоретические вопросы:

1. 1.Определение понятий «биоэтика», «медицинская тайна». Морально-этические нормы, правила и принципы профессионального сестринского поведения. Общение как средство сестринской помощи и социальной поддержки. Функции общения. Уровни общения: внутриличностный, межличностный, общественный.
2. Первичная оценка потребности в адекватном питании и питье. Основы гигиенического питания. Особенности потребности в адекватном питании и питье в разных возрастных группах. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в адекватном питании и питье. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в адекватном питании и питье. Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в адекватном питании и питье. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в адекватном питании и питье. Документирование всех этапов сестринского процесса..
3. Понятие «дезинфекция». Виды и методы дезинфекции. Общие требования к дезинфекционному режиму в ЛПУ. Приказы, регламентирующие способы, ре­жимы и средства для дезинфекции, пред­стерилизационной очистки и стерилизации. Характеристика современных средств дезин­фекции. Токсичность дезинфицирующих препаратов. Меры предосторожности. Структура и классификация медицинских отходов. Организация системы сбора и удаления отходов в ЛПУ. Функциональные обязанности должностных лиц ЛПУ по сбору, хранению и удалению отходов.

Творческое задание:

Создание буклета и презентации на тему: «Участие в санитарно-просветительской работе среди населения»

**Вариант 3.**

Теоретические вопросы:

1. Сферы обучения: познавательная, эмоциональная, психомоторная. Способы обучения: индивидуальные, коллективные и т.д. Цели обучения: промежуточные конечные. Реалистичность целей. Условия достижения целей.
2. Основные концепции теории А. Маслоу. Основные представления о моделях и системах ценностей сестринского дела. Уровни основных человеческих потребностей по А.Маслоу.
3. Значимость предстерилизационной очистки инструментария многоразового использова­ния, аппаратуры. Стерилизация: понятие, методы и режимы. Документы, регламентирующие способы стерилизации. Стерилизаторы: паровой, воздушный, газовый. Устройство и функции ЦСО. Преимущества стерилизации в ЦСО: постоянный контроль качества стерилизации, современная аппаратура, механизация предстерилизационной очистки. Недостатки при стерилизации вне ЦСО: отсутствие постоянного бактериологического контроля, ручная предстерилизационная очистка. Неполный цикл контроля качества предстерилизационной очистки.

Творческое задание:

Создание буклета и презентации на тему: «Как сделать обучение эффективным»

**Вариант 4.**

Теоретические вопросы:

1. Принципы философии сестринского дела в России.Фундаментальные понятия философии сестринского дела. Этические компоненты как основа философии сестринского дела. Сестра как независимый специалист в сфере здравоохранения. Основные положения этического Кодекса Международного Совета медицинских сестер и Этического Кодекса медицинских сестер России..
2. Первичная оценка потребности в физиологических отправлениях. Особенности потребности в физиологических отправлениях в разных возрастных группах. Возможные проблемы пациента, связанные с неудовлетворением потребности в физиологических отправлениях. Определение целей сестринского ухода при нарушении удовлетворения потребности в физиологических отправлениях. Возможные сестринские вмешательства при нарушении потребности в физиологических отправлениях. Оценка результатов сестринского ухода при нарушении потребности в физиологических отправлениях. Документирование всех этапов сестринского процесса.
3. Работа с кровью и био­логическими жидкостями. Обработка рук персонала. Профилактика парентеральных инфекций среди медперсонала..

Творческое задание:

Создание буклета и презентации на тему: «Внутрибольничная инфекция»

**Вариант 5.**

Теоретические вопросы:

1. Основные положения модели сестринского ухода В. Хендерсон, основанной на фундаментальных потребностях повседневной жизни пациента. Сравнительная характеристика основных положений моделей Д. Орэм и В. Хендерсон. Принципы выбора модели сестринского ухода.
2. Виды и характеристика боли. Эмоциональная и физическая сторона боли. Первичная оценка боли. Возможные проблемы пациента, связанные с болью. Определение целей сестринского ухода при боли. Возможные сестринские вмешательства при боли. Оценка результатов сестринского ухода при боли. Документирование всех этапов сестринского процесса.
3. Структура и классификация медицинских отходов. Организация системы сбора и удаления отходов в ЛПУ. Функциональные обязанности должностных лиц ЛПУ по сбору, хранению и удалению отходов.

Творческое задание:

Создание буклета и презентации на тему: «Дезинфекция. Правила обращения с медицинскими отходами. »

**Перечень рекомендуемых учебных изданий, Интернет-ресурсов, дополнительной литературы**

Основные источники:

1. Мухина С.А. Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: Учебник. для СПО. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016.
2. Осипова В.Л. «Дезинфекция» Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей Москва Издательская группа «Гэотар- Медиа» 2014
3. Осипова В.Л. «Внутрибольничная инфекция». Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей Москва Издательская группа «Гэотар- Медиа» 2015 г.
4. Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова Основы сестринского дела. Курс лекций , сестринские технологии . Издание 4-е.Ростов на Дону. Феникс. 2019.
5. Борисов Ю.Ю., Рамонова Л.П., Марьенко Е.А., Белозерова О.А., Рудеева О.А., Егорова Н.А. Технология выполнения сестринских манипуляций. Сестринское дело в терапии, хирургии, акушерстве и гинекологии. Учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности "Сестринское дело. Издание 5-е перераб. и доп. - Краснодар: Компания Грейд-Принт". - 2014. - 128 с.
6. Мухина С.А. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела": учебник для студентов мед. училищ и колледжей / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.
7. Обуховец, Т.П.Основы сестринского дела: учебное пособие / Т. П. Обуховец, О. В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина. - Изд. 19-е, стер. - Ростов н/Д: Феникс, 2013.
8. Основы сестринского дела: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений / под ред. С.И. Двойникова. – М.: ИЦ "Академия", 2009.
9. КулешоваЛ.И., Пустоветова Е.В., Основы сестринского дела, Феникс, Р.-на-Д., 2015, с. 37 – 53
10. Обуховец, Т. П. Основы сестринского дела [Текст]/ Т.П. Обуховец, О.В. Чернова; под ред. Б.В. Кабарухина.-14-е изд., доп. и перераб.-Ростов н/Д: Феникс, 2015 – с. 28 – 42.
11. Каретникова О.Ю., Кочнева С.А., Ульянова И.И., преображенская О.Ю. Новейший справочник медицинской сестры – М.: ООО «Дом славянской книги», 2015, с. 92 – 135.

Дополнительные источники:

1. Абрамова И.М. Комментарии к методическим указаниям по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения. \ Справочник фельдшера и акушера, 2003 №№ 4,5,6. стр 62-87
2. Акимкин В.Г. «Санитарно-эпидемиологические требования к организации сбора, рбеззараживания временног хранения и удаления отходов в лечебно-профилактических учреждениях». Методическое пособие Москва Издательство РАМН 2004 г.
3. Пастернак А.В. Очерки по истории общин сестёр милосердия. – М.: Свято-Дмитриевское училище сестёр милосердия, 2001.
4. Сестринский процесс: Учеб. пособие: Пер. с англ. ∕Под общ. ред. Проф. Г.М. Перфильевой. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.
5. Семина Н.А. Ковалева Е.П. Акимкин В.Г., Селькова Е.П., Храпунова И.А. «Профилактика внутрибольничного инфицирования медицинских работников» Практическое руководство Москва Издательство РАМН 2006г.
6. Ситуационное обучение в сестринском деле: Учеб. пос. ∕ Под общ. ред. С.И. Двойникова, С.В. Лапик. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2004.
7. Хетагурова А.К. «Проблемы этики и деонтологии в работе медицинской сестры» Приложение к журналу «Сестринское дело» № 1 2008 г.
8. Шпирина А.И., Коноплёва Е.Л., Евстафьева О.Н. Сестринский процесс, универсальные потребности человека в здоровье и болезни ∕Уч. Пособие для преподавателей и студентов. М.; ВУНМЦ 2002.
9. Ярцева Т.Н., Плешкан Р.Н., Собчук Е.К. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: – 4.I. – М.: АНМИ, 2005.
10. Нормативные документы:
11. Законы, СанПиНы. ОСТы
12. Приказы Минздрава
13. Постановления главного государственного санитарного врача
14. Письма Минздрава РФ
15. Письма Роспотребнадзора
16. Методические указания инструкции и рекомендации, утвержденные Минздравом РФ (СССР)

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы **–** Интернет ресурсы, отвечающие тематике профессионального модуля, в том числе ------

<http://dezsredstva.ru/> - методические указания к дезинфицирующим средствам, нормативные документы;

<http://www.consultant.ru/-> нормативные документы;

[http://www.recipe.ru/ -](http://www.recipe.ru/-) нормативные документы;

[www.med-pravo.ru](http://www.med-pravo.ru) – нормативные документы и др.

ftp://ftp.medgum.ru/ - основы сестринского дела под ред. С.И. Двойникова