

Галина Ивановна Дядя

Шпаргалка по сестринского д

Галина Ивановна Дядя Шпаргалка по основам сестринского дела

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=6149118

*Шпаргалка по основам сестринского дела / Дядя Г. И.: Научная
книга; Москва; 2009*

Аннотация

Шпаргалка содержит систематическое изложение основных разделов сестринского дела. Поможет быстро и качественно подготовиться к экзамену. Предназначена для студентов медицинских вузов, училищ и колледжей.

Содержание

Раздел 1. Введение в дисциплину «Основы сестринского дела»	5
1. Государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела	5
2. Основные типы лечебно-профилактических учреждений	8
3. Устройство и основные функции больниц	10
4. Содержание деятельности среднего медицинского работника	15
6. Сестринская деонтология	23
7. Сестринское дело, его цели и задачи	27
8. Общение в сестринском деле	30
9. Средства общения	32
10. Техника профессионального общения	36
11. Сестринская педагогика	38
12. Определение содержания обучения	43
Раздел 2. Сестринский процесс	46
13. Понятие о сестринском процессе, его цель и пути достижения	46
14. Этапы сестринского процесса, их	49

взаимосвязь и содержание каждого этапа	
15. Принципы ведения документации	51
16. Методы сестринских вмешательств	54
17. Основные потребности человека	57
Раздел 3. Перечень основных манипуляций, которыми должна владеть медицинская сестра	60
I. Прием пациента в стационар	60
18. Прием пациента в стационар	60
19. Определение массы тела пациента	63
20. Полная санитарная обработка пациента	65
21. Обработка волосистой части головы при педикулезе механическим способом	68
22. Гигиеническая ванна	70
II. Оценка функционального состояния пациента	72
23. Пульс, его характеристика, определение его свойств	72
Конец ознакомительного фрагмента.	75

Галина Ивановна Дядя Шпаргалка по основам сестринского дела

Раздел 1. Введение в дисциплину «Основы сестринского дела»

1. Государственные организационные структуры, занимающиеся вопросами сестринского дела

В России предусмотрена система здравоохранения с различными формами собственности: **государственная, муниципальная и частная**. Она решает вопросы социальной политики и имеет три уровня организации управления.

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации, в котором существуют управления:

- 1) организации медицинской помощи;
 - 2) охраны здоровья матери и ребенка;
 - 3) научных и образовательных медицинских учреждений;
 - 4) кадров и др.;
2. министерство здравоохранения области (края);
 3. управление здравоохранения при администрации города.

Задачей социальной политики является достижение такого уровня здоровья, который позволит жить человеку продуктивно при максимально возможной продолжительности жизни.

Основные приоритетные направления социальной политики в области здравоохранения:

- 1) разработка законов для осуществления реформ;
- 2) охрана материнства и детства;
- 3) реформа финансирования (медицинское страхование, использование средств различных фондов для поддержки и лечения соответствующих категорий населения – пенсионеров, безработных и т. д.);
- 4) обязательное медицинское страхование;
- 5) реорганизация первичной медико-санитарной помощи;
- 6) лекарственное обеспечение;
- 7) подготовка кадров;
- 8) информатизация здравоохранения.

Базовой основой системы здравоохранения должно быть принятие законов Российской Федерации «О Государственной системе здравоохранения», «О правах пациента» и др.

Уже сегодня формируются рынки медицинских услуг, создаются лечебно-профилактические учреждения с различными формами собственности, стационары одного дня, хосписы, учреждения паллиативной медицины, т. е. такие учреждения, где помощь оказывается безнадежно больным и умирающим. В 1995 г. в России уже было 26 хосписов, в 2000 г. их уже более 100.

2. Основные типы лечебно-профилактических учреждений

Различают два основных типа лечебно-профилактических учреждений: **амбулаторные** и **стационарные**.

К учреждениям амбулаторного типа относятся:

- 1) амбулатории;
- 2) поликлиники;
- 3) медико-санитарные части;
- 4) диспансеры;
- 5) консультации;
- 6) станции «скорой помощи».

К учреждениям стационарного типа относятся:

- 1) больницы;
- 2) клиники;
- 3) госпитали;
- 4) родильные дома;
- 5) санатории;
- 6) хосписы.

В целях повышения качества лечебной и профилактической работы с 1947 г. в России проводится объединение поликлиник с амбулаториями и больницами. Такая организация работы способствует повышению квалификации врачей, а тем самым и улучше-

нию качества обслуживания населения.

3. Устройство и основные функции больниц

Различают общие, республиканские, областные, краевые, городские, районные, сельские больницы, которые располагаются чаще в центре обслуживаемой территории. Специализированные больницы (онкологические, туберкулезные и т. д.) располагаются в зависимости от своего профиля, чаще на окраине или за городом, в озелененном районе. Существуют три основных типа строительства больниц:

- 2) централизованный; 1) павильонный;
- 3) смешанный.

При павильонной системе на территории больницы размещаются небольшие отдельные здания. Централизованный тип строительства характеризуется тем, что здания соединены крытыми надземными или подземными коридорами. Чаще всего в России строились смешанного типа больницы, где основные неинфекционные отделения размещаются в одном крупном здании, а инфекционные отделения, хозяйственные постройки и тому подобное располагаются в нескольких небольших зданиях. Участок больницы делится на три зоны:

- 1) здания;

2) зона хозяйственного двора;

3) защитная зеленая зона.

Лечебная и хозяйственная зоны должны иметь отдельные въезды.

Больница состоит из следующих объектов:

1) стационара со специализированными отделениями и палатами;

2) вспомогательных отделений (рентгеновского кабинета, патологоанатомического отделения) и лаборатории;

3) аптеки;

4) поликлиники;

5) пищеблока;

6) прачечной;

7) административных и других помещений.

Больницы предназначены для постоянного лечения и ухода за пациентами с определенными заболеваниями, например хирургическими, терапевтическими, инфекционными, психотерапевтическими и т. д.

Стационар больницы является наиболее важным структурным подразделением, куда принимают пациентов, требующих современных, сложных методов диагностики лечения, и оказывают лечение, уход и другие культурно-бытовые услуги.

Устройство стационара любого профиля включает палаты для размещения пациентов, хозяйственные

помещения и санитарный узел, специализированные кабинеты (процедурный, лечебно-диагностический), а также ординаторскую, сестринскую комнаты, кабинет заведующего отделением. Оборудование и оснащение палат соответствует профилю отделения и санитарным нормам. Различают одноместные и многоместные палаты. В палате имеются:

- 1) кровать (обычные и функциональные);
- 2) прикроватные тумбочки;
- 3) столики или стол;
- 4) стулья;
- 5) шкаф для одежды пациента;
- 6) холодильник;
- 7) умывальник.

Кровати ставят головным концом к стене на расстоянии 1 м между кроватями для удобства перекладывания пациента с каталки или носилок на кровать и ухода за ним. Связь пациента с постом медицинской сестры осуществляется с помощью переговорного устройства или световой сигнализации. В специализированных отделениях стационара каждая койка обеспечена устройством для централизованной подачи кислорода и другой медицинской аппаратурой.

Освещение палат соответствует санитарным нормам (см. СанПиН 5.). Оно определяется в дневное время световым коэффициентом, который равен от-

ношению площади окон к площади пола, соответственно 1: 5–1: 6. В вечернее время палаты освещаются люминесцентными лампами или лампами накаливания. Кроме общего освещения, имеется и индивидуальное. В ночное время палаты освещаются ночным светильником, установленном в нише около двери на высоте 0,3 м от пола (кроме детских стационаров, где светильники устанавливаются над дверными проемами).

Вентиляция палат проводится с помощью приточно-вытяжной системы каналов, а также фрамуг и форточек из расчета 25 м^3 воздуха на одного человека в час. Концентрация углекислого газа в воздушной среде палаты не должна превышать 0, 1 %, относительная влажность 30–45 %.

Температура воздуха в палатах взрослых не превышает $20 \text{ }^\circ\text{C}$, для детей – $22 \text{ }^\circ\text{C}$.

В отделении имеются раздаточная и столовая, обеспечивающие одновременный прием пищи 50 % пациентов.

Коридор отделения должен обеспечить свободное передвижение каталок, носилок. Он служит дополнительным резервуаром воздуха в стационаре и имеет естественное и искусственное освещение.

Санитарный узел состоит из нескольких отдельных помещений, специально оборудованных и предназна-

ченных для осуществления:

- 1) личной гигиены пациента (ванной комнаты, комнаты для умывания);
- 2) сортировки грязного белья;
- 3) хранения чистого белья;
- 4) дезинфекции и хранения суден и мочеприемников;
- 5) хранения уборочного инвентаря и спецодежды обслуживающего персонала.

Инфекционные отделения больниц имеют боксы, полубоксы, обычные палаты и состоят из нескольких отдельных секций, обеспечивающих функционирование отделения при установлении карантина в одной из них.

Каждое отделение имеет в установленном порядке обязательный для персонала и пациентов внутренний распорядок отделения, который обеспечивает пациентам соблюдение лечебно-охранительного режима: сон и отдых, диетическое питание, систематическое наблюдение и уход, выполнение лечебных процедур и т. д.

4. Содержание деятельности среднего медицинского работника

Содержание деятельности медицинских сестер составляет администрацией лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) на основании тарифно-квалификационной характеристики среднего медицинского работника с учетом конкретных особенностей работы того или иного лечебного учреждения.

К функциональным обязанностям медсестры стационара относятся:

- 1) соблюдение лечебно-охранительного режима отделения;
- 2) своевременное выполнение врачебных назначений;
- 3) уход за пациентами;
- 4) помощь пациенту во время осмотра врачом;
- 5) наблюдение за общим состоянием пациентов;
- 6) оказание первой доврачебной помощи;
- 7) соблюдение санитарно-противоэпидемического режима;
- 8) своевременная передача экстренного извещения в ЦГСЭН (центр Госсанэпиднадзора) об инфекционном больном;
- 9) получение лекарственных средств и обеспече-

ние их хранения и учета;

10) а также руководство младшим медицинским персоналом отделения.

Медицинские сестры обязаны систематически повышать квалификацию, посещать занятия и конференции, организуемые в отделении и лечебном учреждении.

Участковая (семейная) медицинская сестра поликлиники, работающая на приеме с врачом, помогает ему, оформляет различную документацию, обучает пациентов подготовке к различным процедурам, лабораторным и инструментальным исследованиям. Медицинская сестра поликлиники осуществляет работу на дому: выполняет врачебные назначения, обучает родственников необходимым элементам ухода, дает рекомендации по созданию комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его жизненно важных физиологических потребностей, оказывает психологическую поддержку пациенту и его семье, осуществляет мероприятия по профилактике осложнений и укреплению здоровья своих пациентов.

Круг обязанностей фельдшера достаточно широк, в особенности в отсутствие врача. На фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе) фельдшер самостоятельно выполняет стационарную, консультативную, амбулаторную помощь, помощь на дому, сани-

тарно-профилактическую работу, выписывает лекарственные средства из аптеки и т. д. В лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) – работает под руководством врача.

Содержание деятельности акушерки роддома и женской консультации зависит от конкретных особенностей работы. Она самостоятельно или вместе с врачом принимает роды, проводит лечебно-профилактическое обслуживание беременных, матерей и новорожденных. Она активно выявляет гинекологических больных, проводит психо-профилактическую подготовку женщин к родам, наблюдение за беременной, обеспечивает беременным прохождением всех необходимых исследований. Акушерка, как и медицинская сестра поликлиники, проводит большую патронажную работу, выполняет непосредственно обязанности медицинской сестры.

Для выполнения своих обязанностей фельдшер, медицинская сестра и акушерка должны обладать определенным объемом знаний и практических навыков, нести ответственность за процесс ухода и проявлять милосердие. Они совершенствуют свои профессиональные, психологические и душевные качества для того, чтобы обеспечить пациенту оптимальный уход, удовлетворить физиологические потребности пациента и защитить здоровье населения.

Они участвуют в работе по ликвидации инфекционных очагов, проводят профилактические прививки, осуществляют вместе с врачом санитарный надзор детских учреждений.

Средние медицинские работники, имеющие специальную подготовку, могут работать в рентгенологических; физиотерапевтических и других специализированных отделениях и кабинетах.

За присвоение себе функций, на которые они не имеют права, средние медицинские работники несут дисциплинарную или уголовную ответственность. 5. Философия сестринского дела

Философия (от фил и греч. sophia «люблю и мудрость», «любовь к мудрости») – это форма духовной деятельности человека, в которой находят свое отражение вопросы целостной картины мира, положения человека в мире, отношений между человеком и миром в результате этого взаимодействия. Необходимость философского осмысления сестринского дела возникла потому, что в профессиональном сестринском общении все чаще появлялись новые термины, которые уточнялись, развивались, обсуждались. Они обсуждаются и сейчас. Возникла необходимость нового качества знаний медсестры.

На I Всероссийской научно-практической конференции по теории сестринского дела, состоявшейся

27 июля-14 августа 1993 г. в Голицино, были введены новые термины и понятия в сестринское дело. Согласно международной договоренности философия сестринского дела базируется на четырех основных понятиях, таких как:

- 1) пациент;
- 2) сестра, сестринское дело;
- 3) окружающая среда;
- 4) здоровье.

Пациент – человек, нуждающийся в сестринском уходе и получающий его.

Сестра – специалист с профессиональным образованием, разделяющий философию сестринского дела

и имеющий право на сестринскую работу.

Сестринское дело – часть медицинского ухода за пациентом, его здоровьем, наука и искусство, направленные на решение существующих и потенциальных проблем со здоровьем в изменяющихся условиях окружающей среды.

Окружающая среда – совокупность природных, социальных, психологических и духовных факторов и показателей, в которых протекает жизнедеятельность человека.

Здоровье – динамическая гармония личности с окружающей средой, достигнутая посредством адап-

тации, средство жизни.

Основными принципами философии сестринского дела являются уважение к жизни, достоинству, правам человека.

Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимодействия сестры и общества.

Эти принципы предусматривают ответственность сестры перед обществом, пациентом и ответственность общества перед медицинской сестрой. Общество обязано признавать важную роль сестринского дела в системе здравоохранения, регламентировать, поощрять его через издания законодательных актов.

Сущностью современной модели сестринского дела как научной теории является обоснование различных подходов к содержанию и оказанию сестринской помощи.

В профессиональный лексикон вошло понятие **«сестринский процесс»**, под которым понимают системный подход к оказанию сестринской помощи, ориентированный на потребности пациента.

В настоящее время сестринский процесс является сердцевиной сестринского образования в России.

Создается теоретическая научная база сестринской помощи. Через сестринский процесс медсестра должна обрести профессиональную независимость и самостоятельность, быть не просто исполнителем

воли врача, а превратиться в творческого человека, умеющего понимать и видеть в каждом пациенте личность, его внутренний духовный мир. Российское здравоохранение остро нуждается в медсестрах, владеющих современной философией сестринского дела, знающих психологию человека, способных к педагогической деятельности.

Сущность философии сестринского дела в том, что она является фундаментом профессиональной жизни медсестры, выражением ее мировоззрения и лежит в основе ее работы, общения с пациентом.

Сестра, разделяющая принятую философию, принимает на себя следующие **этические обязанности** (правильно или неправильно мы поступаем):

- 1) говорить правду;
- 2) делать добро;
- 3) не причинять вреда;
- 4) уважать обязательства других;
- 5) держать слово;
- 6) быть преданной;
- 7) уважать право пациента на самостоятельность.

Согласно теории сестринской философии цели, к которым стремится сестра, т. е. результаты ее деятельности, называются этическими ценностями (идеалами): профессионализм, здоровье, здоровая окружающая среда, независимость, человеческое досто-

инство, забота (уход).

Философия сестринского дела отражает и личные качества медсестры, которыми должна обладать хорошая медсестра, – добродетели, определяющие, что является добром, а что злом в людях: знание, умение, сострадание, терпение, целеустремленность, милосердие.

Этические принципы определяют Этический кодекс медсестры в каждой из стран, в том числе и в

России, и являются стандартами поведения медсестер и средством самоуправления для профессиональной медсестры.

6. Сестринская деонтология

Сестринская деонтология – наука о долге перед пациентом и обществом, профессиональном поведении медицинского работника, является частью сестринской этики.

Наш соотечественник А. П. Чехов писал: «Профессия медика – подвиг. Она требует самоотвержения, чистоты души и чистоты помыслов. Не всякий способен на это».

Медицинскому работнику доверяется самое дорогое – жизнь, здоровье, благополучие людей. Он несет ответственность не только перед пациентом, его родственниками, но и перед государством в целом. К сожалению, и сейчас встречаются случаи безответственного отношения к пациенту, стремление снять с себя ответственность за него, найти предлог, чтобы переложить ответственность на другого, и т. д. Все эти явления недопустимы. Надо помнить: интересы пациента превыше всего.

Медицинская сестра должна обладать профессиональной наблюдательностью, позволяющей увидеть, запомнить и по-сестрински оценить мельчайшие изменения в физическом, психологическом состоянии пациента.

Она должна уметь владеть собой, научиться управлять своими эмоциями, воспитывать эмоциональную устойчивость.

Культуру поведения медицинского работника можно разделить на два вида:

1) **внутренняя культура**. Это отношение к труду, соблюдение дисциплины, бережное отношение к предметам обстановки, дружелюбие, чувство коллегиальности;

2) **внешняя культура**: приличие, хороший тон, культура речи, соответствующий внешний вид и т. п. Основными качествами медицинского работника, причем качествами именно его внутренней культуры, являются:

1) **скромность** – простота, безыскусственность, которые свидетельствуют о красоте человека, его силе;

2) **справедливость** – самая высокая добродетель медицинского работника. Справедливость является основой его внутренних побуждений. Цицерон говорил, что имеются два начала справедливости: «Никому не вредить и приносить пользу обществу»;

3) **честность** – должна соответствовать всем делам медицинского работника. Она должна стать основой его повседневных помыслов и стремлений;

4) **доброта** – неотъемлемое качество внутренней культуры хорошего человека.

Хороший человек – это прежде всего такой человек, который относится благожелательно к окружающим его людям, понимает и горести, и радости, в случае нужды с готовностью, по зову сердца, не жалея себя, помогает словом и делом.

Понятие «внешняя культура медицинского работника» включает в себя:

1) **внешний вид.** Основное требование к одежде медика – чистота и простота, отсутствие излишних украшений и косметики, белоснежный халат, шапочка и наличие сменной обуви. Одежда, выражение лица, манера держать себя отражают некоторые аспекты личности медицинского работника, степень его заботы, внимания к пациенту. «Медикам следует держать себя чисто, иметь хорошую одежду, ибо все это приятно для больных» (Гиппократ).

Помните! Медицинская форма не нуждается в украшениях. Она сама украшает человека, символизирует чистоту помыслов, строгость в выполнении профессиональных обязанностей. Не будет доверия у пациента к медицинскому работнику, у которого взгляд хмурый, поза небрежная, а говорит так, словно делает одолжение. Медицинский работник должен держаться просто, говорить ясно, спокойно, сдержанно;

2) **культуру речи.** Она является второй составной

частью внешней культуры. Речь медицинского работника должна быть четкой, негромкой, эмоциональной, отличаться вежливостью. Нельзя использовать уменьшительные эпитеты при обращении к пациенту: «бабулька», «голубушка» и т. д. Нередко приходится слышать, как о пациенте говорят: «диабетик», «язвенник», «астматик» и т. д. Иногда речь медицинских работников пересыпана модными, жаргонными словами, примитивна, пациент не проникается доверием к ним. Такие издержки речевой культуры медицинских работников как бы отгораживают его от пациента, отодвигают на задний план личность пациента, его индивидуальность, а у пациента вызывают негативную реакцию.

Основными принципами сестринской этики и деонтологии, изложенными в клятве Флоренс Найтингейл, Этическом кодексе Международного совета медицинских сестер и Этическом кодексе медицинских сестер России, являются:

- 1) гуманность и милосердие, любовь и забота;
- 2) сострадание;
- 3) доброжелательность;
- 4) бескорыстие;
- 5) трудолюбие;
- 6) учтивость и др.

7. Сестринское дело, его цели и задачи

Сестринское дело является составной частью системы здравоохранения, областью деятельности, направленной на решение проблем индивидуального и общественного населения в меняющихся условиях окружающей среды. Сегодня **сестринское дело** – это наука и искусство ухода за пациентом, направленное на решение проблем пациента. Сестринское дело как наука имеет свои теории и методы, которые являются концептуальными и используются с целью удовлетворения потребностей пациента. Как наука сестринское дело опирается на знания, проверенные на практике. Раньше сестринское дело заимствовало знания у медицины, психологии, социологии, культурологии. Сейчас к ним прибавляются новые разделы (теория и философия сестринского дела, менеджмент, лидерство в сестринском деле, маркетинг сестринских услуг, сестринская педагогика, общение в сестринском деле), создается уникальная, особенная структура знаний в сестринской области.

Искусство и научный подход проявляются в общении с пациентом и персоналом, в умении эффективно строить сестринский процесс. Являясь искусством и

наукой, сестринское дело в настоящее время ставит перед собой следующие **задачи**:

1) разъяснять населению назначение и важность сестринского дела;

2) привлекать, развивать и эффективно использовать сестринский потенциал для расширения профессиональных обязанностей и удовлетворения потребностей населения в сестринских услугах;

3) вырабатывать у медсестер определенный стиль мышления по отношению к людям, здоровью и окружающей среде;

4) обучать медсестер культуре общения с пациентами, членами их семей, коллегами, учитывая этические, эстетические и деонтологические аспекты поведения;

5) разрабатывать и внедрять новые технологии сестринской помощи;

6) обеспечивать высокий уровень медицинской информации;

7) создавать эффективные стандарты качества сестринской помощи;

8) проводить научно-исследовательскую работу в области сестринского дела.

Известно, что роль и задачи медсестры определяются историческими, социальными и культурными факторами, а также общим уровнем состояния здоро-

вья того или иного общества.

Для выполнения поставленных задач, утверждения сестринского дела как профессии необходимо иметь:

1) научно обоснованную стратегию развития сестринской практики;

2) единую терминологию как инструмент для стандартизации профессионального языка медсестер.

8. Общение в сестринском деле

Общение – это сложный социально-психологический процесс взаимопонимания между людьми, происходящий с помощью словесной (вербальной) и бессловесной (невербальной) информации.

В последние годы в науке используется вместо слова «общение» термин «коммуникация».

Вербальная информация отражается в высказываниях или написанных (письмо) чувствах, мыслях, наблюдениях. **Невербальная информация** отражает поступки или поведение того, кто передает информацию без использования речи или написания (письма).

Основой для коммуникации служат такие факторы, как сопереживание, уважение и искренность, облегчающие взаимное общение. Целью процесса понимания для медсестер гуманистического склада является изучение тайны, которой остается пациент. В результате такого изучения, а не «разгадки» можно больше узнать одновременно обо всех, кто окружает пациента, и о самом себе.

Общение в сестринском деле – это процесс, порождаемый потребностями совместной деятельности пациента и медицинской сестры, искусство воздей-

ствия на личность пациента с целью адаптации(приспособления) к изменениям в жизни в связи с изменениями состояния здоровья.

Навыки общения в сестринском деле требуют специальных знаний и умений, потому что медицинской сестре необходимо учитывать состояние здоровья пациента, его физическое и психическое состояние.

Для оказания максимальной помощи и поддержки пациента медсестре необходимы коммуникативные и профессиональные знания, умение слушать, задавать вопросы, сопереживать, проявлять внимание и заботу.

Общение с пациентом и всеми, кто участвует в уходе, требует понимания, уважения и веры в выздоровление. Уникальность сестринского общения в том, что пациент должен верить в доброту и силу, способность медсестры руководить процессом адаптации.

9. Средства общения

К **вербальным средствам общения** относится речь, которая одновременно выступает и как источник информации, и как способ воздействия на собеседника. Не следует забывать слова древнего поэта Саади: «Умен ты или глуп, велик ты или мал, не знаем мы, пока ты слова не сказал». Медицинская сестра должна уметь разбираться в манере говорить и оценивать ее. Манера говорить может отражать индивидуальные особенности пациента, его темперамент. Речь громкая должна нацелить медсестру на мысли о нарушенном слухе пациента. Медицинская сестра должна знать, что манера говорить может зависеть от патологии сознания, мышления, речесоматических и психоневрологических заболеваний. Например, при одышке пациент говорит обрывками, тяжело, при патологии сознания (галлюцинациях, сопоре, коме), некоторых соматических заболеваниях пациент не отвечает на поставленные вопросы (неадекватная реакция пациента).

Различают речь:

- 1) быструю;
- 2) медленную;
- 3) запинаящуюся;

- 4) эмоциональную;
- 5) монотонную;
- 6) громкую;
- 7) шепотную;
- 8) невнятную;
- 9) с обеднением словарного запаса.

В норме считается, что манера говорить должна быть плавной, спокойной, размеренной.

Речь человека раскрывает направленность личности – ее интересы, потребности, убеждения, и относится к явлениям его духовной культуры. Речь является сильнейшим средством общения, средством воздействия на человека. «Слово лечит – слово ранит». С помощью речи медсестра дает советы и инструкции, воздействует на эмоциональное состояние пациента, а через него на деятельность внутренних органов.

Чтобы пользоваться словом, надо знать психологию речи, помнить о разящей и исцеляющей силе слова, не забывать о самоконтроле.

Используя речь как терапевтическое средство общения, медсестра применяет элементы психотерапии: разъяснение, убеждение и т. д.

Практически в каждой беседе с пациентом медсестра пытается исправить ошибочное суждение пациента, порожденное неправильной оценкой свое-

го болезненного состояния. Цель таких бесед можно считать достигнутой, если пациент приобрел уверенность в себе, веру в выздоровление.

Исследования показывают, что в ежедневном акте коммуникации человека слова составляют 7 %, звуки и интонации – 38 %, неречевое взаимодействие – 53 %.

К невербальным средствам общения относятся внешние проявления человеческих чувств и эмоций.

Неречевое общение. Слова, которыми мы пользуемся, произносятся на фоне невербальных средств коммуникации. Это знаки и символы, придающие значение словам, которые мы слышим. Таким образом передаются настроение, характер и отношение. «Важно не только то, что ты говоришь, а как ты говоришь».

Зрительный контакт, выражение лица, поза и положение в значительной степени показывают наши мысли и чувства. Считается, что невербальная коммуникация в четыре раза сильнее, чем вербальная.

Думая о невербальной коммуникации, всегда полезно помнить одно правило: что-то всегда происходит.

Невербальные сигналы говорят больше, чем слова. Медсестра должна следить, не расходятся ли слова с этими сигналами.

Мимика – движения мышц лица. **Жестика** – моторика всего тела, которая проявляется в изменениях поз, походки, осанки, своеобразных движений рук, а также других невербальных средств общения, таких как прикосновения: рукопожатия, поцелуи, дотрагивания, поглаживания, отталкивания и др.

Мимика отражает внутреннее эмоциональное состояние и несет более 70 % информации о том, что переживает человек.

Жесты позволяют лучше разбираться в людях.

Выражение лица отражает психическое состояние человека. Наблюдая за внешним видом пациента, медсестра описывает выражение лица: злобное, испуганное, апатичное, растерянное и др. В норме выражение лица без особенностей, уравновешенное.

Через мимику, жесты, зрительный контакт, тон голоса, позу, движения и выражение лица медсестра должна уметь расшифровывать информацию о мыслях, чувствах, отношении пациента к окружению, поддерживать связь с пациентами, не способными к вербальному общению.

10. Техника профессионального общения

1. Обращайтесь к пациенту по имени-отчеству и на «Вы».
2. Начинайте беседу с указания вашего имени-отчества и должности.
3. Смотрите пациенту в глаза на одном уровне, улыбайтесь; если пациент лежит, присядьте на стул, стоящий рядом.
4. Обеспечьте конфиденциальность вашей беседы. Помните, что конфиденциальность является условием создания доверительных отношений с пациентом.
5. Поощряйте вопросы вашего пациента.
6. Говорите неторопливо, доходчиво, пользуйтесь исключительно положительной интонацией вашего голоса.
7. Соблюдайте принципы эффективного умения слушать.
8. Проявляйте мастерство общения медицинской сестры с пациентом.
9. Проявляйте непрерывную инициативу в создании психологического микроклимата при общении с пациентом.
10. Будьте естественны при разговоре, создайте ат-

мосферу взаимопонимания и доверия.

11. Сестринская педагогика

В период реформ сестринского образования расширяются функции медицинской сестры. Насколько грамотно и профессионально медсестра будет выполнять свои обязанности, настолько эффективными будут сестринская помощь и сестринский процесс в лечебно-профилактическом учреждении. Сестринский процесс формирует непосредственное общение, картину будущей сестринской работы, где одним из методов сестринской деятельности является обучение пациентов и их родственников. Содержанием обучения пациента и его родственников элементом сестринского ухода является поддержание определенного уровня здоровья пациента, качества жизни, обеспечивающих достойную жизнь в новых для пациента условиях.

Сферы обучения пациента

Чтобы научить пациента выполнять действия, направленные на развитие утраченных в связи с болезнью способностей обслуживать себя, если нет для этого противопоказаний, медсестре необходимы знания сфер обучения человека (пациента), на которые она сможет профессионально воздействовать.

1. **Познавательная** – направлена на умение па-

циента анализировать и синтезировать, а также абстрактно мыслить, используя полученные из окружающей среды знания, впечатления.

2. **Эмоциональная** – характеризует настроение, зависит от эмоциональных свойств личности: впечатлительности, сентиментальности, отзывчивости, черствости и т. д.

Наблюдая за пациентом, медсестра отмечает **изменения внешнего вида:**

1) злобный – указывает на нарушение потребности общаться, нарушение эмоциональной сферы, психические заболевания, дефекты характера и воспитания, самочувствие;

2) испуганный – указывает на страх, психические состояния (фобии, невроз и др.), темперамент (меланхолик), мнительность, лабильность;

3) апатичный – чаще по темпераменту флегматик, могут быть патологические изменения сферы (апатия), патология воли (абулия или гипобулия), а также индивидуальные особенности характера;

4) растерянный – указывает на индивидуальные особенности, страх (незнание сути предстоящих обследований, плана лечения, прогнозов болезни и т. д.);

5) не может найти себе места – трактуется как психомоторное возбуждение, страх перед предстоящими

обследованиями, операциями, манипуляциями и другим, испытывание боли, эмоционального шока;

6) состояние аффекта – вспышка эмоций, кратковременная по времени;

7) уравновешенный – является нормой поведения, устойчивого эмоционального состояния;

8) признаки тревожности – потирание рук, напряженность в позе, голосе – являются признаками неустойчивого эмоционального состояния или особенностями характера (мнительность), указывают на страх перед манипуляциями, предстоящим обследованием и т. д.

3. Психомоторная сфера – характеризует изменение настроения, чувств, двигательную активность пациента, зависит от психомоторного развития личности, общего самочувствия, нервно-психических и соматических заболеваний.

Медсестра оценивает, как пациент сидит, ходит, стоит во время беседы, часто ли меняет положение тела. Такая деятельность зависит от общего самочувствия, психических и эмоциональных состояний (эйфории, апатии), психических, соматических заболеваний, патологии сознания (делирий, галлюцинаций).

Если во время разговора пациент пытается дотронуться до медсестры, то это может являться индивидуальной особенностью личности или националь-

ными особенностями темперамента (холерик), патологией ощущений, психическим заболеванием, тактикой выражения отношения к собеседнику. Часто пациенты активно жестикулируют, что не соответствует ходу разговора, а активная жестикуляция возникает в ответ на внутреннее напряжение. Такое состояние может указать на нервно-психическое заболевание, патологию двигательного-волевой сферы, эмоциональной сферы (эйфорию, истерию). Двигательная скованность может явиться результатом патологии опорно-двигательного аппарата, патологии сознания (сопора, оглушенности), патологии воли (ступора), патологии эмоциональной сферы (депрессии, тоски, уныния), мышечного спазма, соматических и психических заболеваний. Жесты плавные, подчеркивающие смысл сказанного, являются нормой поведения. К психомоторной сфере пациента относятся и манера говорить. Медсестра должна уметь распознать манеру говорить и дать трактовку речи пациента.

4. **Социально-психологическая сфера** отражает гражданскую позицию пациента, его личностные и деятельные особенности, т. е. способности, интеллект, самооценку, ориентацию, работоспособность, отношение к обучению и др.

Развитие личности получает свое начало в семье.

Семья влияет на формирование психического состояния пациента. Семья в современной социальной ситуации – это ценность, потеря которой дорого обходится людям, деформируя их жизнь и судьбу, и может привести к тяжелым болезненным состояниям.

Медсестра, оценивая социально-психологическую сферу пациента, определяет его самооценку.

Различают адекватную и неадекватную самооценку.

12. Определение содержания обучения

Содержание обучения отражается в индивидуальном плане обучения. Основными направлениями в содержании обучения пациентов являются сохранение здоровья, поддержание определенного уровня качества жизни пациента. Медицинская сестра, определяя содержание обучения, т. е. «чему учить», должна:

- 1) разбираться в новых технологиях обучения;
- 2) уметь выделять ключевые идеи процесса обучения;
- 3) использовать понятия, термины, доступные пациенту и (или) членам его семьи.

Последовательность, систематичность, глубина сообщаемых обучаемому знаний определяются:

- 1) возрастными возможностями;
- 2) состоянием здоровья;
- 3) степенью познавательной активности личности.

Содержание сестринской педагогики формирует умения и навыки обращения с некоторыми предметами ухода, оказания неотложной помощи, помогает овладеть навыками самоухода и т. д. Пациенты активно вовлекаются в разнообразную практическую дея-

тельность, что активно формирует у них интересы, склонности, потребности.

Планирование обучения, оценка его качества и эффективность обучения

Медицинская сестра организует процесс обучения, состоящий из:

- 1) формулировки мотива;
- 2) построения плана (смысла, программы);
- 3) исполнения (реализации);
- 4) контроля и оценки процесса обучения, его качества и эффективности. Планирование обучения обсуждается совместно с пациентом с учетом его индивидуальности, выбора времени обучения. Медсестра создает учебные ситуации, ставит задачи ясные и однозначные, которые характеризуются тем, что пациент или обучаемый получает задание на усвоение с учетом темпа обучения. Решение учебной задачи обеспечивается медсестрой посредством учебных действий, которые принимаются обучаемым. Медсестра осуществляет постоянный контроль деятельности обучаемых, переходящий в самоконтроль и оценку (самооценку). Активное участие пациента в процессе обучения поощряется медсестрой с целью заинтересованности пациента в обучении. Всякое действие становится регулируемым только при наличии контролирования и оценивания в структу-

ре деятельности. Обучение считается эффективным, если медсестра, пациент или обучаемый достигают поставленных целей по усвоению определенных заданий. Медицинская сестра при этом должна иметь необходимые коммуникативные навыки, обладать педагогическим тактом, знать теоретические основы педагогики, психологии и других смежных дисциплин.

Раздел 2. Сестринский процесс

13. Понятие о сестринском процессе, его цель и пути достижения

В настоящее время сестринский процесс является сердцевинной сестринского образования и создает теоретическую научную базу сестринской помощи в России.

Сестринский процесс – это научный метод сестринской практики, систематический путь определения ситуации, в которой находятся пациент и медсестра, и возникающих в этой ситуации проблем в целях выполнения плана ухода, приемлемого для обеих сторон.

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

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента в удовлетворении основных потребностей организма.

Достижение цели сестринского процесса осу-

ществляется путем решения следующих задач:

- 1) создания базы информационных данных о пациенте;
- 2) определения потребностей пациента в сестринском уходе;
- 3) обозначения приоритетов в сестринском обслуживании, их первоочередности;
- 4) составления плана ухода, мобилизации необходимых ресурсов и реализации плана, т. е. оказания сестринской помощи прямо и косвенно;
- 5) оценки эффективности процесса ухода за пациентом и достижения цели ухода.

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 посредством сестринского ухода.

Сестринский процесс – динамичный, циклический процесс. Информация, полученная при оценке результатов ухода, должна лечь в основу необходи-

мых изменений, последующих вмешательств, действий медицинской сестры.

14. Этапы сестринского процесса, их взаимосвязь и содержание каждого этапа

I этап – сестринское обследование или оценка ситуации для определения потребностей пациента и необходимых для сестринского ухода ресурсов.

II этап – сестринское диагностирование, определение проблем пациента или сестринских диагнозов.

Сестринский диагноз – это состояние здоровья пациента (нынешнее и потенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны медсестры.

III этап – планирование необходимой помощи пациенту.

Под планированием надо понимать процесс формирования целей (т. е. желаемых результатов ухода) и сестринских вмешательств, необходимых для достижения этих целей.

IV этап – реализация (осуществление плана сестринского вмешательства (ухода)).

V этап – оценка результатов (итоговая оценка сестринского ухода). Оценка эффективности предостав-

ленного ухода и его коррекция в случае необходимости.

Документация сестринского процесса осуществляется в сестринской карте наблюдения за состоянием здоровья пациента, составной частью которой является план сестринского ухода.

15. Принципы ведения документации

- 1) четкость в выборе слов и в самих записях;
- 2) краткое и недвусмысленное изложение информации;
- 3) охват всей основной информации;
- 4) использование только общепринятых сокращений.

Каждой записи должны предшествовать дата и время, а в конце записи стоять подпись сестры, составляющей отчет.

Рекомендации по ведению документации

1. Описывайте проблемы пациента его собственными словами. Это поможет вам обсуждать с ним вопросы ухода, а ему лучше понять план ухода.

2. Называйте целями то, чего хотите добиться вместе с пациентом. Умейте сформулировать цели, например: у пациента будут отсутствовать (или уменьшатся) неприятные симптомы (укажите, какие), далее укажите срок, за который, по вашему мнению, произойдет изменение в состоянии здоровья.

3. Составляйте индивидуальные планы ухода за пациентом, опираясь на стандартные планы ухода. Это сократит время написания плана и определит на-

учный подход к сестринскому планированию.

4. Храните план ухода в удобном для вас, пациента и всех, кто участвует в сестринском процессе месте, и тогда любой член бригады (смены) сможет им воспользоваться.

5. Отмечайте срок (дату, срок, минуты) реализации плана, укажите, что помощь была оказана в соответствии с планом (не дублируйте записи, экономьте время). Поставьте подпись в конкретном разделе плана и внесите туда дополнительную информацию, которая не была запланирована, но потребовалась. Проведите коррекцию плана.

6. Привлекайте пациента к ведению записей, связанных с самопомощью или, например, с учетом водного баланса суточного диуреза.

7. Обучите всех участвующих в уходе (родственников, вспомогательный персонал) выполнять определенные элементы ухода и регистрировать их.

Период внедрения сестринского процесса достаточно долгий, поэтому могут возникнуть следующие проблемы, связанные с документацией:

1) невозможность отказа от старых методов ведения документации;

2) дублирование документации;

3) план ухода не должен отвлекать от главного – «оказания помощи». Чтобы этого не было, важно рас-

сма́тривать документа́цию как естественное развитие непрерывности помощи;

4) документа́ция отражает идеологию своих разработчиков и зависит от модели сестринского дела, поэтому может изменяться.

16. Методы сестринских вмешательств

Сестринская помощь планируется на основе нарушения удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, т. е. заболевания.

Методы сестринских вмешательств могут являться и способами удовлетворения потребностей.

Предлагается использовать следующие методы:

- 1) оказание доврачебной помощи;
- 2) выполнение врачебных назначений;
- 3) создание комфортных условий для пациента с целью удовлетворения его основных потребностей;
- 4) оказание психологической поддержки и помощи пациенту и его семье;
- 5) выполнение технических манипуляций, процедур;
- 6) осуществление мероприятий по профилактике осложнений и укреплению здоровья;
- 7) организация обучения проведения бесед и консультирования пациента и членов его семьи. Планирование необходимого ухода осуществляется на основании классификатора сестринских действий согласно МКСП (международному классификатору

сестринской практики).

Различают три типа сестринских вмешательств:

- 1) зависимые;
- 2) независимые;
- 3) взаимозависимые действия.

Рекомендации медицинской сестре по ведению сестринского процесса:

- 1) получите четкое представление о пациенте до начала планирования ухода;
- 2) попытайтесь определить, что нормально для пациента, как он видит свое нормальное состояние здоровья и какую помощь может себе оказать сам;
- 3) определите неудовлетворенные потребности пациента в уходе;
- 4) установите эффективное общение с пациентом и привлечите его к сотрудничеству;
- 5) обсудите с пациентом потребности в уходе и ожидаемые результаты в уходе;
- 6) определите степень независимости пациента в уходе (независим, частично зависим, полностью зависим, с помощью кого);
- 7) проявите заботу и внимание к пациенту;
- 8) выявите проблемы пациента или поставьте сестринские диагнозы. Помните, что сестринский диагноз – это состояние здоровья пациента (нынешнее и по-

тенциальное), установленное в результате проведенного сестринского обследования и требующее вмешательства со стороны сестры;

9) планируйте сестринскую помощь на основе нарушения удовлетворения потребностей пациента, а не на основе медицинского диагноза, т. е. заболевания;

10) заполните документацию с целью ее использования в качестве основы для сравнения в дальнейшем;

11) не допускайте возникновения новых проблем у пациента.

17. Основные потребности человека

Основные потребности человека по А. Маслоу.

Потребность – это осознанный психологический или физиологический дефицит чего-либо, отраженный в восприятии человека, который он испытывает на протяжении всей своей жизни. Американский психофизиолог А. Маслоу, русского происхождения, в 1956 г. выделил 14 основных потребностей человека:

- 1) дышать;
- 2) есть;
- 3) пить;
- 4) выделять;
- 5) спать, отдыхать;
- 6) быть чистым;
- 7) одеваться, раздеваться;
- 8) поддерживать температуру тела;
- 9) быть здоровым;
- 10) избегать опасности;
- 11) двигаться;
- 12) общаться;
- 13) иметь жизненные ценности, материальные и духовные;
- 14) играть, учиться, работать.

Сестринская теория потребностей человека

Эта теория пользуется популярностью во всем мире и лежит в основе сестринской диагностики. Она имеет характеристики каждой потребности и методики оценки уровня их удовлетворения. Потребности рассматриваются в четырех аспектах:

- 1) человек;
- 2) общество (окружающая среда);
- 3) сестринское дело;
- 4) здоровье.

Потребности разделены на три класса:

- 1) потребности выживания;
- 2) потребности близости;
- 3) потребности свободы.

Потребностно-информационная теория

Авторами потребностно-информационной теории, которая объясняет причины и движущие силы поведения человека, являются отечественные ученые Симонов и Ершов. Сущность теории состоит в том, что потребности побуждаются условиями существования организма в постоянно меняющейся окружающей среде.

Переход потребности в поступки и действия сопровождается эмоциями.

Эмоции – это индикаторы потребностей. Они могут быть положительными и отрицательными на удовле-

творение потребностей.

Симонов и Ершов все потребности разделили на три группы:

1 группа – витальные (потребность жить и обеспечивать свою жизнь);

2 группа – социальные (потребность занять определенное место в обществе);

3 группа – познавательные (потребность познавать внешний и внутренний мир).

Без удовлетворения низших физиологических потребностей нельзя удовлетворить более высшие, психосоциальные потребности.

Несмотря на то что потребности у всех людей одинаковые, удовлетворяем мы их по-разному. Поэтому и состояние здоровья у всех нас разное.

Опираясь на знания о потребностях человека, медсестра должна уметь определить нарушенные потребности пациента, установить доминирующую потребность с целью удовлетворения потребности в порядке первоочередности, используя сестринский процесс.

Раздел 3. Перечень основных манипуляций, которыми должна владеть медицинская сестра

I. Прием пациента в стационар

18. Прием пациента в стационар

Прием пациента в различные отделения стационара осуществляется через приемное отделение. Исключением являются инфекционное и родильное отделения, которые имеют самостоятельные приемные отделения. В приемном отделении производят регистрацию, врачебный осмотр и санитарную обработку пациентов.

Устройство приемного отделения соответствует последовательности его работы и состоит чаще всего из вестибюля, зала ожидания, гардероба и регистратуры со справочной, смотровых комнат, изоляторов (боксов), диагностических палат и санитарного пропускника. Санитарный пропускник должен состоять из трех комнат: комнаты для раздевания пациента,

ванной (душевой) и комнаты для одевания пациента. В приемном отделении имеются процедурный кабинет, малая операционная, перевязочная, рентген-кабинет, лаборатория, кабинет дежурного врача, туалетная комната и некоторые другие помещения, обеспечивающие круглосуточную работу приемного отделения.

В приемное отделение стационара пациенты поступают в экстренном и плановом порядке. Все пациенты, требующие неотложной медицинской помощи, поступают в экстренном порядке. Их доставляют машиной «скорой помощи», переводят из других лечебных учреждений или принимают в стационар без направления. В зависимости от тяжести состояния пациента всю информацию при заполнении истории болезни получают от самого пациента, а если он без сознания – от сопровождающих его лиц или родственников. При поступлении пациента без документов и сопровождающих его лиц необходимо сообщить в органы милиции о том, что поступил неизвестный. Персонал приемного отделения обязан известить родственников пациента, если он был доставлен машиной «скорой помощи», по поводу заболевания, наступившего вне дома. Плановые пациенты поступают по направлению врача территориальной поликлиники. После регистрации пациент направляется

в смотровой кабинет для осмотра врачом и постановки диагноза. Если диагноз неясен, врач может назначить дополнительные исследования (лабораторные, эндоскопические, УЗИ) или консультацию узкого специалиста. Дежурный врач решает, в какое отделение должен быть направлен пациент. Если диагноз остается неясным, пациента после санитарной обработки помещают в диагностическую палату приемного отделения, где обследуют, наблюдают, диагностируют, а затем уже направляют в соответствующее отделение. Пациенту, не нуждающемуся в стационарном лечении, оказывают помощь и направляют на лечение в поликлинику по месту жительства. Результаты осмотра, обследования, назначения врача, а также характер санитарной обработки и вида транспортировки пациента вписываются врачом в историю болезни пациента. После осмотра пациента врачом и оценки его состояния он переводится в другое помещение, где проводится санитарная обработка пациента: осмотр волосистой части головы на педикулез, кожи на наличие гнойничковой сыпи, верхних и нижних конечностей на наличие грибковых заболеваний. В зависимости от состояния пациента ему назначают гигиеническую ванну, душ или обтирание наиболее загрязненных участков кожи, а также производят антропометрические измерения температуры тела с целью оцен-

ки функционального состояния и профилактики внутрибольничной инфекции.

19. Определение массы тела пациента

1. **Антропометрия** – это комплекс методов изучения морфологических особенностей человеческого тела, изучение измерительных и описательных признаков. К измерительным методам относятся определение массы тела, роста, измерение окружности грудной клетки и некоторые другие.

Показания для определения массы тела:

- 1) выявление дефицита веса;
- 2) выявление ожирения;
- 3) выявление скрытых отеков;
- 4) наблюдение за динамикой веса;
- 5) поступление пациента в стационар.

Противопоказания:

- 1) тяжелое состояние пациента;
- 2) постельный режим.

Выполнение процедуры:

- 1) отрегулировать весы и установить гири весов в нулевом положении;
- 2) закрыть затвор;
- 3) предложить пациенту осторожно встать в центре

площадки на продезинфицированную клеенку без тапочек;

4) открыть затвор;

5) произвести взвешивание путем передвижения разновесов и установить равновесие;

6) закрыть затвор;

7) предложить пациенту осторожно сойти с весов;

8) записать данные взвешивания;

9) оценить результат (в норме по формуле Брокка масса тела примерно равна росту минус 100).

2. Измерение роста пациента: рост пациента измеряется при поступлении в стационар, и проводится после снятия обуви и головного убора.

Выполнение процедуры:

1) встать сбоку от ростомера и поднять планку выше предполагаемого роста пациента;

2) предложить пациенту встать на площадку ростомера на клеенку так, чтобы он касался вертикальной планки ростомера затылком, лопатками, ягодицами, пятками;

3) установить голову пациента так, чтобы наружный угол глазницы и наружный слуховой проход были на одном горизонтальном уровне;

4) опустить планку ростомера на темя пациента;

5) предложить пациенту сойти с площадки ростомера;

6) по шкале ростомера определить рост пациента и записать результат.

3. Измерение окружности грудной клетки

Выполнение процедуры:

1) пациент встает лицом к медицинской сестре с опущенными вниз руками;

2) охватить тело пациента сантиметровой лентой сзади на уровне нижних углов лопаток, спереди по 4 ребру по сосковой линии у мужчин или выше грудной железы у женщин;

3) определить окружность грудной клетки в состоянии покоя, максимального вдоха, полного выдоха;

4) записать данные.

20. Полная санитарная обработка пациента

Санитарная обработка может быть полной или частичной. Ее характер определяет врач.

Полная:

1) ванна;

2) душ.

Частичная:

1) обмывание;

2) обтирание.

Перед санитарной обработкой медицинская сестра

приемного отделения осматривает волосистую часть тела пациента для выявления педикулеза.

Санитарная обработка пациента при выявлении педикулеза

Цель обработки — уничтожение вшей и гнид на волосистой части головы (профилактика сыпного тифа).

Данная обработка не проводится у беременных, рожениц, родильниц и кормящих матерей, детей до пяти лет, пациентов с заболеваниями кожи головы.

Обработку проводят в специальном, хорошо вентилируемом помещении, соблюдая права пациента, конфиденциальность, инфекционную безопасность.

Выполнение процедуры:

- 1) сообщить пациенту о наличии педикулеза и получить согласие на обработку;
- 2) надеть дополнительный халат, косынку, тапочки, перчатки, маску, фартук;
- 3) усадить пациента на кушетку, покрытую клеенкой;
- 4) укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной;
- 5) обработать волосы одним из дезинсектицидных растворов (например, смочить волосы и втереть 20 %-ную эмульсию бензилбензоата и оставить на 30 мин или ниттифор на 40 мин);

- 6) накрыть волосы пациента полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем (20 мин);
- 7) промыть волосы водой, затем моющим средством, осушить полотенцем;
- 8) обработать волосы пациента 6 %-ным раствором столового уксуса;
- 9) накрыть волосы полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем на 20 мин;
- 10) промыть волосы проточной водой, высушить полотенцем;
- 11) вычесать волосы гребнем, наклонив голову над белой бумагой, разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь;
- 12) осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей и гнид нет;
- 13) сжечь бумагу;
- 14) снять и сложить белье и одежду пациента, спецодежду медсестры в клеенчатый мешок;
- 15) отправить мешок в дезкамеру, обработать гребень 70°-ным спиртом или обдать кипятком, помещение – инсектицидным средством;
- 16) сделать отметку на титульном листе истории болезни пациента о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез;
- 17) отправить экстренное извещение об инфекции-

онном заболевании в ЦГСЭН, зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента;

18) провести повторный осмотр волосистой части головы пациента через 7 дней. При необходимости провести санитарную обработку;

19) если необходимо подстричь волосы, делают это над тазом. Волосы сжигают.

21. Обработка волосистой части головы при педикулезе механическим способом

Такую обработку проводят для уничтожения вшей и гнид на волосистой части головы (профилактика сыпного тифа) у пациентов при заболеваниях кожи головы, беременных, рожениц, родильниц и кормящих матерей, детей до пяти лет.

Обязательные условия проведения процедуры:

1) обработку проводить в специальном, хорошо вентилируемом помещении;

2) соблюдать права пациента, конфиденциальность, инфекционную безопасность.

Выполнение процедуры:

1) сообщить пациенту о наличии педикулеза и по-

лучить согласие на обработку или стрижку волос;

2) надеть дополнительный халат, косынку, тапочки, перчатки, маску, фартук;

3) усадить пациента на кушетку, покрытую клеенкой;

4) укрыть плечи пациента клеенчатой пелериной;

5) обработать волосы, а не кожу головы теплым столовым уксусом, выбирая механическим способом живые формы вшей и уничтожая их.

Примечание: необходимо следить, чтобы уксус не попал в глаза пациента, а волосы были равномерно смочены;

6) накрыть волосы пациента полиэтиленовой косынкой, обвязать полотенцем (20 мин);

7) пропустить ватный жгутик или нитку сквозь зубцы частого гребня, обильно смоченный уксусом, и также смочить обильно уксусом;

8) промыть волосы теплой водой, затем с моющим средством, осушить полотенцем;

9) вычесать волосы частым гребнем, наклонив голову над белой бумагой, последовательно, разделяя волосы на пряди и вычесывая каждую прядь. Обработать гребень методом протирания 70°-ным спиртом или обдать кипятком;

10) промыть волосы теплой проточной водой, высушить полотенцем;

11) сжечь бумагу;

12) осмотреть волосы пациента повторно. Убедиться, что вшей и гнид нет;

13) снять и сложить белье и одежду пациента, спецодежду медсестры в клеенчатый мешок;

14) отправить мешок в дезкамеру, обработать помещение инсектицидным средством;

15) сделать отметку на титульном листе истории болезни пациента (медицинской карты стационарного больного), о выявленном педикулезе («Р») или в амбулаторной карте и в журнале осмотра на педикулез;

16) отправить экстренное извещение об инфекционном заболевании в ЦГСЭН, зарегистрировать факт выявления педикулеза по месту жительства пациента;

17) повторить осмотр волосистой части головы пациента через семь дней. При необходимости провести санитарную обработку.

Примечание: если необходимо подстричь волосы, делают это над тазом и волосы сжигают.

22. Гигиеническая ванна

Цель: предупреждение внутрибольничной инфекции. **Выполнение процедуры:**

1) наполнить ванну водой на половину ее объема;

ма, температура равна 35–37 °С, исключить сквозняки. Необходимо обязательное наблюдение медсестры. Температура воздуха в ванной комнате не менее 25 °С, на полу резиновый коврик;

2) предупредить пациента о возможных неприятных ощущениях (могут возникнуть сердцебиение, одышка и т. п.) и о необходимости сообщить об этом медсестре;

3) усадить пациента в ванну, поддерживая его сзади под локти так, чтобы ноги упирались в подставку, а уровень воды доходил до мечевидного отростка грудины пациента;

4) предложить пациенту мыться самостоятельно, если он это может сделать сам. А если не может, то надеть фартук, вымыть пациента в следующей последовательности: голова, туловище, верхние конечности, нижние конечности, паховая область, промежность, используя мочалку индивидуальную и душ;

5) помочь пациенту выйти из ванны.

II. Оценка функционального состояния пациента

23. Пульс, его характеристика, определение его свойств

Виды пульса:

- 1) артериальный;
- 2) венозный;
- 3) капиллярный.

Артериальный пульс – это ритмичные колебания стенки артерии, обусловленные выбросом крови в артериальную систему в течение одного сокращения сердца. Различают:

- 1) центральный (на аорте, сонных артериях);
- 2) периферический (на лучевой, тыльной артерии стопы и некоторых других артериях) пульс.

Чаще пульс исследуют на лучевой артерии, которая расположена поверхностно между шиловидным отростком лучевой кости и сухожилием внутренней лучевой мышцы.

При исследовании артериального пульса определяют его частоту, ритм, наполнение, напряжение и

другие характеристики.

Частота – это количество пульсовых волн в 1 минуту. В норме у взрослого здорового человека пульс 60–80 ударов в минуту. Учащение пульса более 85–90 ударов в минуту – **тахикардия**. Урежение пульса менее 60 ударов в минуту – **брадикардия**. Отсутствие пульса – **асистолия**. При повышении температуры тела на 1 °С пульс увеличивается у взрослых на 8—10 ударов в минуту.

Ритм пульса определяют по интервалам между пульсовыми волнами. Если они одинаковые – пульс ритмичный (правильный), если разные – пульс аритмичный (неправильный). У здорового человека сокращение сердца и пульсовая волна следуют друг за другом через равные промежутки времени.

Дефицит пульса – разница между количеством сердечных сокращений и пульсовых волн (при мерцательной аритмии). Подсчет проводят два человека: один считает пульс, другой выслушивает тоны сердца.

Наполнение пульса определяется по высоте пульсовой волны и зависит от систолического объема сердца. Если высота нормальна или увеличена, то прощупывается нормальный пульс (полный); если нет – то пульс пустой.

Напряжение пульса зависит от величины артери-

ального давления и определяется по той силе, которую необходимо приложить до исчезновения пульса. При нормальном давлении артерия сдавливается умеренным усилием, поэтому в норме пульс умеренного (удовлетворительного) напряжения. При высоком давлении артерия сдавливается сильным надавливанием – такой пульс называется напряженным.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.